

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

220

Année 1910

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1910, à 1 heure

Par Marcel GUIMBELLOT

Né à Cozes (Charente-Inférieure), le 4 septembre 1881

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre adjoint de la Société anatomique.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA PLÈVRE & DU POUMON

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : MM. DELBET PIERRE, } professeurs
HARTMANN, }
GOSSET, agrégé*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELA VIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

220

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1910, à 1 heure

Par Marcel GUIMBELLOT

Né à Cozes (Charente-Inférieure), le 4 septembre 1881

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre adjoint de la Société anatomique.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA PLÈVRE & DU POUMON

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : MM. DELBET PIERRE, } professeurs.
HARTMANN, }
GOSSET, agrégé*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ N....
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT).
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU.
	{ DELBET.
	{ DE LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ PINARD.
	{ BAR.
Clinique d'accouchements.....	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
	{ POZZI.
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.....	ROBIN
Clinique thérapeutique.....	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNéo.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*en reconnaissance de la bienveillance et de
l'intérêt, qu'il nous a montrés.*

A M. LE DOCTEUR PEYROT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*pour le remercier de la sympathie qu'il nous a
toujours témoignée.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE BORDEAUX

M. LE PROFESSEUR LANELONGUE

M. LE PROFESSEUR VILLAR

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYROT (Lariboisière, 1901).

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX —

M. LE PROFESSEUR TERRIER (*in memoriam*) (Pitié, 1902-1903)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET —

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY (Laënnec, 1903-1904).

Internat.

M. LE DOCTEUR DEMOULIN (Ivry, 1904).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE (Ivry, 1905).

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON (Enfants-Malades, 1905-1906).

M. LE PROFESSEUR TERRIER (Pitié 1906-1907).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET —

M. LE PROFESSEUR RECLUS (Charité, 1907-1908).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY (Charité, 1907).

A MM. les Docteurs VEAU, CHEVRIER, A. SCHWARTZ, BAUMGARTNER, CHEVASSU, chirurgiens des hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Au cours de notre internat nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Pitié dans le service de notre regretté maître le professeur Terrier, trois cas de kystes hydatiques du poumon traités par l'intervention chirurgicale.

Il nous a paru utile, à propos de ces cas, de faire quelques recherches sur cette affection et d'insister à nouveau sur son traitement. Si, en effet, M. Tuffier pouvait déjà dire au Congrès de Moscou de 1897 que la thérapeutique des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon est bien déterminée et d'ordre exclusivement chirurgical, il ne semble pas que cette idée se soit suffisamment généralisée. Dans des travaux récents la ponction évacuatrice est encore recommandée ; de nombreuses observations nous ont montré qu'elle était fréquemment employée, ou que le kyste était traité par l'expectative simple.

D'autre part les rayons Röntgen sont venus faciliter grandement le diagnostic de l'affection. Enfin les interventions thoraciques prennent aujourd'hui une importance toujours plus considérable, depuis qu'on sait mieux lutter contre une de leurs plus graves complications : le pneumothorax opératoire.

Nous tenons à remercier ici plus particulièrement M. le professeur agrégé Gosset, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail, et nous laisser publier les observations des malades opérés par lui.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon appartient presque tout entière au XIX^e siècle. On n'en trouve que trois ou quatre observations au cours du XVIII^e.

Dès le début on a recours au traitement chirurgical ; en 1812, Fréteau (de Nantes) incise la paroi thoracique pour un kyste hydatique suppuré et guérit son malade.

Puis la question est étudiée par Laënnec, Cruveilhier, Andral.

En 1855 paraît le travail de Vigla. Dans son *Traité des entozoaires*, Davaine s'occupe longuement des kystes du poumon et Trousseau leur consacre une clinique.

Hearn, dans une importante thèse, en 1875, réunit 144 cas et étudie surtout la symptomatologie.

A ce moment les médecins australiens, en raison de la fréquence exceptionnelle de cette affection dans leur pays, publient de très nombreuses observations, dont beaucoup ont donné lieu à un traitement chirurgical. Nous signalerons en particulier les travaux de Bird et de Davies Thomas.

En Allemagne paraissent les travaux de Neisser et plus tard de Madelung.

Citons ensuite en France l'article de Letulle, les thèses de Delgrange, Lehmann, Chachereau, Casabianca, Lorieux, Bezou, Behr. Pasquier, en 1899, s'occupe uniquement du traitement chirurgical. Les thèses de Rebière, Ollier de Vergèze, Georgesco-Carpatiano ont trait aux kystes de la plèvre seuls.

Dans les dix dernières années, c'est surtout en Italie et dans la

République Argentine avec Posadas, Vegas et Cranwell, que nous trouvons de nombreuses observations.

Les premières résections costales pour kystes hydatiques étaient faites en 1886 par Bouilly et par Israël. Depuis, Tuffier, Potherat, Delagenière et récemment Launay ont apporté de nombreux cas à la Société de Chirurgie.

Tuffier s'en occupait dans son rapport au Congrès de Moscou de 1897. Terrier et Reymond faisaient paraître la *Chirurgie de la plèvre et du poumon*. Enfin la radiographie apportait son tribut avec les travaux de Bécclère.

Cet historique serait infini si l'on voulait citer tous les travaux publiés. On les trouvera indiqués dans la bibliographie placée à la fin de ce travail, et que nous avons cherché à faire aussi complète qu'il était en notre pouvoir.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Bien qu'il n'entre pas dans notre sujet de parler de l'étiologie, nous en dirons quelques mots en raison de l'intérêt de travaux récents, dus en majeure partie à Dédé.

On sait que la localisation primitive de l'échinocoque dans la plèvre ou le poumon est expliquée par l'apport circulatoire d'embryons hexacanthés mis en liberté par la digestion des œufs de *tœnia*. Ils gagneraient la circulation pulmonaire, soit en traversant le foie sans s'y arrêter, soit en passant par les anastomoses porto-caves. Dédé (*Soc. de biologie*, 12 octobre 1907) a pu réaliser expérimentalement cette localisation pulmonaire primitive et même pleurale ; à la suite d'ingestion d'anneaux de *tœnia*, un écureuil présentait, deux jours après l'ingestion, 33 kystes dans les poumons et 2 dans la plèvre. Il a montré d'une manière plus directe l'apport au poumon par voie circulatoire, suivant le mécanisme de l'embolie. En effet l'injection de scolex dans la veine de l'oreille du lapin a déterminé la localisation pulmonaire.

Les médecins australiens avec Bird admettaient la possibilité d'un autre mode d'apport : les œufs de *tœnia* desséchés seraient inhalés avec les poussières et se fixeraient dans les poumons. La grosse objection apportée contre cette théorie est que l'action des sucs digestifs sur l'œuf est nécessaire pour mettre en liberté l'embryon hexacanthé. Or la valeur de cette objection est fortement diminuée par les expériences de Dédé, montrant que l'injection d'œufs dans le tissu cellulaire sous-cutané amène le développement local d'un kyste : l'action des sucs digestifs n'est donc pas indispensable (*Soc. de Biologie*, 25 octobre 1907, p. 332-334).

La rupture d'un kyste hydatique, soit du poumon, soit du foie, dans les bronches, peut amener en un autre point du poumon la formation d'un second kyste par greffe de scolex. Le fait était connu depuis longtemps cliniquement. Mais il appartenait à Dévé de le démontrer expérimentalement. L'inoculation de scolex, de sable échinococcique, faite dans la trachée de lapins, amena le développement de kystes dans le poumon (*Soc. de Biologie*, 16 juillet 1904, p. 136-138).

La localisation pleurale primitive a aussi été établie expérimentalement. L'ingestion d'anneaux de tœnia a provoqué la production de kystes libres dans la cavité pleurale ; ils ne tardaient à se revêtir d'une tunique adventice contrairement à l'opinion de Davaine (Dévé, *Soc. de biol.*, 4 avril 1908).

D'autre part la présence des kystes dans le poumon peut déterminer une réaction pleurale se traduisant par une exsudation de liquide séro-fibrineux (pleurésie hydatique de Devé, *Soc. de biol.*, 2 mai 1908).

Enfin on peut observer parfois dans les poumons une série de vésicules enkystées, constituant des « pseudo-tubercules de guérison » et semblant arrêtées dans leur évolution (Devé, *Soc. de biol.*, 9 mai 1908).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne ferons que rappeler rapidement la symptomatologie des kystes hydatiques du poumon. Elle est aujourd'hui bien connue, et nous renvoyons pour une description plus détaillée aux nombreux travaux et thèses parus sur ce sujet.

Il est classique de décrire à l'évolution des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon, trois phases : une phase d'accroissement, une phase d'évacuation caractérisée par la rupture du kyste, une phase de terminaison, qui est celle de la caverne hydatique évoluant vers la réparation ou la mort. Behr y ajoute une phase antérieure à ces trois périodes et qu'il appelle phase de germination ; elle s'étend depuis la fixation de l'hydatide jusqu'à l'apparition des premiers symptômes ; elle est latente, et ne rentre pas par conséquent dans l'histoire clinique de l'affection.

La *phase d'accroissement* débute de façon variable. C'est souvent une hémoptysie qui ouvre la scène, et il en était ainsi dans notre observation 1. Ou bien c'est un début insidieux par une toux sèche, avec sensation de gêne, de corps étranger thoracique.

D'autres fois ce sont des phénomènes de pleurésie ou de pneumonie qui semblent banaux, mais auxquels succèdent les signes propres de l'échinococcose. Enfin parfois la vomique est le premier symptôme et l'affection entre d'emblée dans la seconde période.

Mais en dehors de ce dernier cas la première phase se traduit par un certain nombre de signes.

La toux est fréquente, sèche, paroxystique, coqueluchoïde. La douleur est d'autant plus fréquente et plus vive que le kyste est plus rapproché de la plèvre, elle peut affecter la forme de névralgie intercostale.

L'hémoptysie est un symptôme presque constant, elle est plus ou moins abondante, souvent à répétition, survenant sans cause appréciable.

On a cité des palpitations dues au déplacement du cœur, et exceptionnellement des symptômes de compression de la veine cave supérieure ou inférieure, de l'aorte, etc.

L'état général reste très bon, tant que le kyste n'est pas ouvert et suppuré. L'embonpoint, l'appétit sont conservés. Chachereau a insisté sur une sensation spéciale d'anéantissement.

D'après Escudero, on pourrait observer une réaction fébrile, même en l'absence de toute infection, lorsque le kyste n'est pas très éloigné de la plèvre; elle serait due à des phénomènes d'intoxication par exosmose du liquide hydatique.

Les symptômes physiques sont variables suivant le siège et le volume de la tumeur. A l'inspection on observerait d'après Escudero une dilatation régulière de la moitié thoracique correspondante, et on le constaterait aisément au cyrtomètre. Cependant il est assez fréquent d'observer une voussure localisée de la paroi, et il en était ainsi en particulier dans notre observation 1. Quelquefois même, dans les kystes de la plèvre, la tumeur fait issue à travers un espace intercostal, qu'elle perfore, et vient former une saillie arrondie fluctuante à la face externe de la paroi thoracique.

La palpation montre souvent une abolition des vibrations, lorsque la tumeur est assez superficielle. Le frémissement hydatique n'a jamais été observé.

La percussion révèle une matité à contours arrondis, à limites brusques (Bird) et ne variant pas avec les changements de

position du sujet. Escudero cependant insiste sur la mobilité des kystes hydatiques du poumon.

Enfin à l'auscultation on constate un silence respiratoire, dont les limites sont nettes : tout autour peuvent exister des râles divers, tenant aux altérations variables que subissent la plèvre et le poumon au pourtour du kyste.

On a signalé parfois l'urticaire, l'hippocratisme des ongles, etc.

La *seconde phase* est caractérisée par l'évacuation du kyste, qui a ulcéré et perforé une bronche et peut ainsi se vider par vomique. Il surviendra donc brusquement, souvent sans cause occasionnelle, une dyspnée extrêmement violente, avec rejet, au milieu de secousses de toux continuelles, d'un liquide limpide contenant souvent des membranes hydatiques typiques et presque toujours des crochets d'hydatides. Le malade peut mourir d'asphyxie au cours de cette vomique. Plus souvent il reprend sa respiration régulière, mais sera sujet à de nouvelles évacuations lorsque la poche sera à nouveau remplie.

L'hémoptysie accompagne souvent la vomique. Elle peut être parfois foudroyante, résultant de l'ulcération d'un gros vaisseau et de son ouverture dans la cavité kystique. Le malade meurt en somme d'hémorragie.

L'ouverture peut avoir lieu simultanément dans la plèvre et dans une bronche, donnant lieu à des signes de pneumothorax. On a cité exceptionnellement l'ouverture dans le péricarde (Alibert), le canal rachidien (Liouville et Strauss), l'intestin (Laënnec), l'ombilic (Dupuytren), etc.

La *troisième période* succède à la vomique. La cavité s'est vidée de son contenu ; l'infection est presque constante, se traduisant par de la fièvre, des frissons, l'altération de l'état général, etc...

Mais ou bien les parois vont tendre à se rapprocher pour s'unir définitivement et le malade sera guéri, ou bien les phénomènes infectieux vont en augmentant d'importance et peuvent entraîner une terminaison fatale.

C'est cette seconde éventualité qui est la plus fréquente, comme nous le verrons par l'étude des statistiques. La fièvre s'accroît, l'amaigrissement augmente, il survient une véritable cachexie. Localement on observe des signes cavitaires : tympanisme, souffle, gargouillement. Lorsque la rupture a eu lieu dans la plèvre et dans les bronches simultanément, il existe des signes de pyopneumothorax. Cependant ces signes peuvent résulter de la présence d'air dans la cavité kystique elle-même, sans que la plèvre soit atteinte (pneumokyste d'Ollivier, Cerné, Dévé).

D'autres complications peuvent survenir : bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie, gangrène pulmonaire, etc. Elles se traduisent par leurs signes propres. La sclérose, l'atélectasie sont des complications plus favorables. La tuberculose n'est pas une exception.

La terminaison fatale a lieu en somme soit par vomique et asphyxie, soit par hémoptysie foudroyante, soit par infection et cachexie secondaire.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Les difficultés du diagnostic sont très différentes suivant l'époque à laquelle on examine le malade. Après la rupture il est en général très facile, car la vomique passe rarement inaperçue et la présence de membranes hydatiques et même de liquide clair est caractéristique. Il suffit d'éliminer les kystes hydatiques du foie rompus dans les bronches, ce qui est facile grâce à la présence de bile dans la vomique ; les kystes de la rate et du rein ouverts dans les bronches sont exceptionnels.

Mais avant la rupture le diagnostic est beaucoup plus difficile et demande un examen attentif. Tout au début l'affection simule la tuberculose pulmonaire, et c'est l'erreur la plus fréquemment commise, grâce aux hémoptysies, à la toux, à certains signes physiques identiques ; cependant l'examen clinique seul peut souvent permettre de faire le diagnostic, et l'on trouvera dans la thèse de Bezou (Paris, 1893) un tableau très complet des signes distinctifs de l'une et l'autre affection.

Un peu plus tard les signes locaux se précisant, le diagnostic se pose surtout avec une pleurésie interlobaire ou enkystée. Ici encore nous renvoyons aux tableaux de Vigla (*Arch. gén. de médecine*, 1855). Le diagnostic en est toujours difficile.

D'autres fois, lorsque le kyste siège à la base du poumon, la confusion est fréquente avec un kyste hydatique de la face convexe du foie, à développement vers le thorax.

Nous citerons seulement les erreurs de diagnostic, qui ont été

commises avec l'abcès du poumon, le cancer du poumon, les tumeurs du médiastin, de la rate, etc.

Quant au diagnostic entre le kyste hydatique du poumon proprement dit et celui de la plèvre, il est le plus souvent impossible. Tout au plus les cas exceptionnels de kyste faisant saillie à travers un espace intercostal, feront-ils porter presque à coup sûr le diagnostic de localisation primitivement pleurale. Les douleurs, l'absence d'hémoptysies, de toux, d'expectoration seraient aussi, en faveur de ce diagnostic. D'ailleurs, comme nous le verrons, le traitement sera identique dans les deux cas.

Cet exposé rapide du diagnostic n'a d'autre but que d'en montrer les difficultés nombreuses. Le diagnostic de la nature échinococcique de l'affection est devenue aujourd'hui beaucoup plus facile grâce à l'apparition de trois méthodes de laboratoire nouvelles.

La recherche de l'éosinophilie est la première en date depuis les travaux de Sabrazès, Achard et Clerc, Tuffier et Millian, Memmi, etc... Chauffard et Boidin ont insisté sur la disparition rapide après l'évacuation du liquide kystique ou dans le cas de suppuration. Dans les observations recueillies par nous, six portent mention de cette recherche ; dans notre observation personnelle n° I on trouve seulement 2 0/0 d'éosinophiles ; dans celle de Widai, Froin et Launay 1.86 0/0 ; il s'agissait en effet de kystes suppurés. Dans deux cas non suppurés on trouve 8 0/0 (Lemaire), 30 0/0 (Santucci). Cependant le cas de Bindi ne présentait pas d'éosinophilie malgré un contenu aseptique, non plus que celui de notre observation V.

Les travaux de Fleig et Lisbonne sont basés sur la production d'un précipité par addition de liquide hydatique, au sérum du malade atteint d'échinococcose. Ce procédé, étudié aussi par Welsh et Chapman, permet d'après eux d'affirmer la présence d'un kyste hydatique lorsque la réaction est positive ; mais en présence d'une réaction négative, on ne serait pas en droit de

conclure à l'absence de kyste. Weinberg n'a trouvé la réaction positive que dans un tiers des cas, et admet qu'elle peut exister chez des sujets non porteurs de kystes hydatiques.

Les travaux de Guedini, mais surtout de Weinberg, Parvu, Laubry, etc..., sont venus montrer que le diagnostic d'échinococcose se trouvait grandement facilité par la recherche des anticorps spécifiques, dans le sérum du malade examiné, suivant la méthode de Bordet-Gengou. On en trouvera l'exposé dans l'article de Weinberg (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1909, p. 472-502). La réaction fut nette dans 26 cas sur 27 ; on l'a retrouvée dans 16 cas sur 26 chez les anciens porteurs de kyste hydatique.

Elle fut positive chez les malades de nos observations IV et V.

Enfin Weinberg (*Soc. de biol.*, 23 octobre 1909) a constaté que l'indice antitrypsique du sérum n'était pas augmenté dans le cas de kyste non suppuré, mais augmentait notablement dans le cas de kyste suppuré.

Il n'entre pas dans notre but de décrire ces méthodes nouvelles. Nous nous contenterons de les signaler. D'ailleurs les dernières sont d'une apparition trop récente pour qu'il nous ait été possible d'en faire l'application aux malades qu'il nous a été donné d'observer personnellement.

Ces méthodes ne visent que le diagnostic d'échinococcose, sans préciser son siège. Un autre procédé de laboratoire, l'examen aux rayons Röntgen vient au contraire nous apporter une série de données, de grande importance chirurgicale, et sur lesquelles nous nous étendrons plus longuement.

Diagnostic par l'examen aux rayons Röntgen.

L'examen par les rayons Röntgen est venu constituer pour les kystes hydatiques de la plèvre et du poumon un moyen de diagnostic de la plus haute importance. M. Béchère a souvent insisté sur ce point dans diverses communications.

Cet examen nous donne en effet, comme nous le verrons plus loin, des renseignements très précis sur l'existence d'un kyste, son siège, son état de vacuité ou de réplétion, ses connexions, etc... En raison de cette importance, nous avons fait reproduire une série de radiographies, dont les clichés nous ont été très obligeamment prêtés par M. Béchère. On y trouvera une première série de cinq radiographies, concernant notre malade personnel de l'observation II, dont quatre ont été prises avant l'opération dans des situations différentes du sujet, et une après l'intervention. Une autre radiographie est celle d'un malade opéré par M. Walther (cas n° 57 de nos tableaux) et présenté par M. Béchère à la Société médicale des hôpitaux en 1903 : elle porte le n° 6. L'autre est celle d'un malade envoyé récemment à M. Béchère pour confirmer un diagnostic de tuberculose pulmonaire : or l'examen aux rayons Röntgen montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon (rad. n° 7).

Mais avant de montrer la nature des renseignements fournis par cette méthode d'examen, il est utile de préciser quelques détails dans la façon d'opérer.

Le plus souvent lorsqu'on fait examiner un thorax aux rayons X, le malade est étendu horizontalement sur une plaque photographique, une radiographie est tirée et envoyée au médecin traitant. Or la radiographie isolée est tout à fait insuffisante. Elle doit toujours être précédée d'un examen radioscopique pratiqué par un médecin compétent dans ce genre d'explorations.

La radioscopie en effet a l'immense avantage de permettre une exploration de tous les points du thorax, en déplaçant le foyer lumineux, l'écran ou le malade. On a donc en un temps très court une foule d'images qui, comme le dit M. Béchère, « se corrigent et se complètent mutuellement ». La radioscopie, dit-il encore, est à la radiographie, ce que la chambre claire ou le verre dépoli du photographe est à la plaque sensible.

Cette radioscopie sera donc pratiquée dans toutes les positions

d'examen : l'ampoule sera placée par rapport au malade en avant ou en arrière, sur le côté droit ou gauche, dans une direction oblique antéro-postérieure, ou postéro-antérieure droite ou gauche.

Dans chacune de ces positions elle sera élevée et abaissée de façon à faire varier l'incidence des rayons sur l'écran, lequel pourra lui-même être déplacé.

Tous ces changements de position sont indispensables. On sait en effet qu'une tumeur ou un épanchement donne lieu à une ombre d'autant plus foncée qu'elle est traversée par le rayon lumineux suivant son plus grand axe, et d'autant plus étendue en surface qu'elle est traversée suivant le plus petit. Bien que cette donnée ait moins d'importance pour les kystes, dont la forme est plus ou moins sphérique, que pour une pleurésie interlobaire par exemple, il est bon néanmoins de la mettre en pratique aussi pour ceux-là.

Enfin dans chacune des positions on fera varier l'intensité de l'éclairage, pour faire apparaître les petits détails des parties sombres avec un éclairage intense, les petits détails des parties claires avec un éclairage faible.

Lorsqu'on aura obtenu toute cette série d'images par la radioscopie, il sera facile de choisir celle ou celles, qui donnent les renseignements les plus importants, et de les fixer par la radiographie. Si la radioscopie est en effet indispensable, la radiographie consécutive est souvent très utile. Elle constitue d'abord un témoignage écrit pour ainsi dire, permanent, auquel on pourra se reporter facilement. En outre elle permet de préciser certains détails, l'image photographique étant toujours plus nette, moins floue, que l'image fluoroscopique : cette netteté tient d'ailleurs au fait que les épreuves radiographiques sont examinées au grand jour, c'est-à-dire avec une acuité visuelle beaucoup plus forte que dans l'obscurité (Béclère).

Mais cette radiographie ne devra pas être pratiquée, comme

on le fait d'ordinaire, dans la position horizontale. Le malade doit avoir le thorax vertical, et pour cela il est très utile de le placer dans le fauteuil spécial du Dr Bécclère. Il suffit pour s'en convaincre de regarder nos quatre premières radiographies. La première a été prise, le malade étant horizontal : on voit nettement une ombre arrondie représentant le kyste, ombre de même intensité partout ; on a des renseignements sur l'existence et le siège de la lésion, mais n'en a aucun sur l'état de son contenu. Au contraire les trois suivantes ont été prises, le sujet ayant le thorax vertical : le liquide s'accumulant toujours dans les parties déclives, nous voyons dans la zone kystique une différence d'éclairage très nette, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Il est hors de notre sujet de faire une inscription détaillée des appareils et de leur mode d'emploi.

Nous voulons surtout montrer les renseignements fournis par cet examen dans les kystes hydatiques de la plèvre et du poumon.

1° L'examen aux rayons X permet d'affirmer *l'existence d'un kyste* et de le différencier d'autres lésions.

En effet le kyste hydatique donne lieu à des symptômes absolument spéciaux et caractéristiques, surtout lorsqu'il est de petit ou moyen volume ; or c'est justement dans ces cas que le diagnostic par les moyens cliniques est difficile ou même impossible.

Le liquide étant moins transparent aux rayons X que le poumon normal, le kyste donnera une ombre sur l'écran. Cette ombre est plus ou moins arrondie, mais surtout ses limites sont toujours extrêmement nettes, « comme tracées au compas ». Il y a une transition brusque entre l'ombre du kyste et la clarté du tissu pulmonaire environnant.

Or la plupart des autres lésions pulmonaires donnent lieu à une ombre irrégulièrement limitée, parce qu'elles se développent par envahissement et non par refoulement des tissus.

Ainsi la tuberculose dont le diagnostic différentiel avec le

kyste hydatique au début est presque toujours si difficile, donne une diminution de la clarté du sommet sur une zone diffuse, et plus tard des taches multiples irrégulières, donnant au poumon un aspect bigarré. A la période de cavernes nous verrons encore que l'aspect est différent de celui du kyste ouvert et vidé dans les bronches.

Le cancer du poumon a aussi une ombre extrêmement irrégulière.

Nous ne parlerons pas du diagnostic radiologique avec la pneumonie, la congestion simple, etc.

Quelques lésions cependant pourraient présenter une ombre nette.

C'est d'abord l'anévrisme de la crosse de l'aorte. Mais son siège médian, ses mouvements d'expansion à la radioscopie, sa continuité avec l'aorte montrent sa nature.

Les épanchements pleuraux, lorsqu'ils sont libres, ont une ligne de niveau horizontale, ou parabolique, à concavité supérieure, mais non arrondie et convexe en haut. Ils descendent jusqu'à l'ombre hépatique. Leur diagnostic peut être plus difficile, lorsqu'ils sont enkystés ou interlobaires. Cependant ces derniers ont une ombre qui augmente d'intensité et diminue d'étendue, au point de se réduire à une bande transversale, quand on abaisse l'ampoule placée en avant, ou qu'on l'élève, si elle est en arrière.

Enfin l'ombre des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés est médiane et à contours polycycliques.

Cependant certains auteurs rapportent des cas où l'examen aux rayons X n'a pas montré un kyste hydatique existant. Ces observations sont pour la plupart déjà anciennes, et peut-être l'examen n'a-t-il pas été conduit avec toute la rigueur nécessaire.

2° La radioscopie donne des renseignements sur *l'état anatomique du kyste et son évolution*.

Nous venons de voir l'aspect du kyste, alors qu'il n'est pas encore ouvert dans les bronches.

Lorsqu'il s'est ouvert et vidé, il prend un aspect spécial : c'est « un anneau à centre clair ». Il conserve en effet ses contours arrondis et tracés au compas, mais son centre, contenant de l'air, devient clair, et plus clair même que le tissu pulmonaire avoisinant.

Il se rapproche par cela de l'aspect des cavernes tuberculeuses ou gangréneuses. Mais celles-ci ont une ombre périphérique très mal limitée, très diffuse.

Si au moment de l'examen le kyste contient une certaine quantité de liquide, et que le sujet soit en position verticale, on a l'aspect visible sur nos radiographies 2, 3 et 4. On voit alors dans l'ombre circulaire du kyste deux zones bien distinctes : le segment inférieur est occupé par une ombre limitée en haut par une ligne horizontale. Le segment supérieur est au contraire plus clair que le tissu pulmonaire voisin, mais toujours limité en haut par une mince voûte obscure circulaire. Si l'on incline le malade soit à droite soit à gauche, la ligne de séparation des deux zones reste toujours horizontale et forme avec l'ombre des côtes un angle différent suivant la nouvelle position du sujet. Enfin la quantité de liquide, et par suite la hauteur du segment obscur peuvent varier suivant les jours d'examen, et même dans une seule séance, si le malade vient à vider par expectoration une partie du contenu de son kyste.

Dans une troisième période, période de guérison lorsqu'elle est spontanée, la radioscopie vient encore rendre des services. Elle peut en effet ne rien montrer dans un poumon où une radiographie antérieure avait montré l'existence d'une ombre caractéristique. Plus souvent il existe à la place de l'ombre arrondie une ombre irrégulière produite par le tissu cicatriciel.

Notre observation III répondait à ce deuxième groupe de faits. Alors qu'une première radiographie avait montré une zone obs-

cure nettement arrondie et que le diagnostic avait été confirmé par l'expectoration de membranes hydatiques, une radioscopie pratiquée quelques jours avant l'opération par M. Bécclère, donnait un aspect tout différent, on y voyait une zone obscure répondant à l'ancien foyer, et de la périphérie de cette zone partaient une série de prolongements obscurs se dirigeant dans tout le poumon et donnant à l'ombre une forme étoilée. Il s'agissait indiscutablement de sclérose due à un processus de guérison.

En parcourant les observations publiées nous avons trouvé un autre cas accompagné de plusieurs radiographies, et représentant la même évolution : c'est l'observation de Wadsack (*Berl. klin. Woch.*, 1906, p. 1097-1100).

3° Nous ne nous attarderons pas sur l'importance considérable de la radiographie pour le *diagnostic du siège* exact. On sait combien ce siège est souvent difficile à préciser par les seuls moyens cliniques, et lors même que ceux-ci donnent des indications, elles sont souvent inexactes. M. Tuffier a pu dire que les signes locaux cliniques faisaient viser la lésion trop haut. La radiographie au contraire, lorsqu'elle est faite avec un rayon d'incidence perpendiculaire au grand axe du thorax, superpose l'ombre du kyste et l'ombre des côtes et permet ainsi de se rendre compte de la hauteur exacte de la lésion par rapport au squelette, de savoir par où il faut aborder le kyste et quelles côtes réséquer.

On peut même obtenir une précision plus grande, en employant l'une des méthodes utilisées pour la localisation des projectiles. C'est ainsi que dans notre observation I, on a tiré des indications utiles pour la voie à suivre de l'appareil de Contremoulins (Rémy et Contremoulins, *Académie de médecine*, 31 mars 1897). On pourrait employer encore l'appareil plus simple de M. Tuffier (Th. de Poirier de Clisson, Paris, 1904). Il est à noter cependant que dans notre cas l'aiguille indicatrice de l'appareil de Contremoulins donna, entre les mains de son

auteur, une indication de siège un peu supérieure à la situation réelle du kyste.

4^o Ayant ainsi précisé l'existence, le stade évolutif, le siège exact du kyste hydatique du poumon, la radioscopie peut encore montrer dans certains cas, si le kyste est *primitif*, ou *s'il s'est ouvert secondairement dans le poumon*.

A ce sujet nous signalerons la radiographie publiée dans l'observation de Lévy-Dorn et Zadock (*Berl. klin. Woch.*, 1899, n° 20). Elle montre nettement un kyste siégeant à la partie moyenne du poumon droit : de la partie inférieure de ce kyste part une traînée obscure verticale aboutissant à la zone sombre hépatique ; elle indique nettement qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie, ouvert secondairement dans le poumon. Une seconde traînée, partant de la partie interne du kyste se dirige en haut et en dehors vers les bronches, trace de l'ouverture du kyste dans l'arbre respiratoire supérieur. Enfin la même radiographie montre dans le poumon opposé un kyste qui était passé inaperçu cliniquement, et qui était dû probablement à une greffe par passage de scolex dans la bronche correspondante au cours de la vomique.

5^o La radiographie est encore utile pour le diagnostic de certaines *complications*.

Un kyste hydatique ouvert dans la plèvre, ou présentant une pleurésie de voisinage, montrera, à côté de son ombre propre, celle d'un épanchement pleural.

On peut encore constater les signes spéciaux à la congestion, à la broncho-pneumonie, etc...

6^o Lorsque l'intervention n'a pas permis de découvrir le kyste, on peut faire une radioscopie les jours suivants en introduisant un stylet dans le trajet opératoire : on peut ainsi savoir en pla-

cant le malade dans différentes positions quelle distance sépare l'extrémité du stylet de la poche kystique. Nous avons trouvé ce procédé employé dans une observation.

De même si le kyste, traité par thoracotomie, laisse à sa suite une fistule persistante, on peut utiliser le même procédé, décrit pour la première fois par Arnozan et Bergonié (*Arch. d'électr. médicale*, 1898). Ils introduisent dans la fistule une sonde souple armée d'un mandrin de plomb, se pliant aux tortuosités du trajet, et donnant ainsi des renseignements sur sa direction, ses connexions et les limites de la cavité à laquelle il aboutit.

7° La radioscopie enfin, en nous renseignant sur le stade évolutif, comme nous l'avons vu plus haut, peut nous indiquer ou non l'utilité d'une intervention. Si la poche kystique a presque disparu, remplacée par de la sclérose, la guérison spontanée est probable, l'opération permettra difficilement d'arriver sur le foyer, et son utilité est contestable.

Il en était ainsi dans notre observation III : à la suite de la radioscopie, montrant de la sclérose pulmonaire, M. Bécclère avait jugé la poche difficile à atteindre. L'intervention en effet ne permit pas d'y arriver. Le malade guérit d'une façon définitive, bien que l'opération ait été en somme infructueuse : or seule la radioscopie permettait d'espérer ce résultat ; la clinique n'indiquait pas la guérison prochaine puisque le malade avait encore expectoré des membranes hydatiques peu de temps avant l'acte opératoire.

En résumé la méthode d'examen par les rayons Röntgen est une méthode précieuse, qui devra être utilisée non seulement pour confirmer un diagnostic douteux, mais même dans les cas où le diagnostic est certain, pour obtenir des renseignements complémentaires au point de vue opératoire. Et de plus, étant

donné les nombreuses erreurs de diagnostic qui sont faites, les observations de kystes hydatiques de la plèvre et du poumon seraient vraisemblablement beaucoup plus nombreuses si tous les malades atteints d'une affection pulmonaire étaient soumis systématiquement à la radioscopie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Comme pour la plupart des affections qui sont aujourd'hui du domaine de la chirurgie, le traitement des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon a passé par trois phases successives.

Pendant longtemps il est resté un traitement purement médical. Le diagnostic n'en était d'ailleurs généralement fait qu'après l'expulsion de membranes hydatiques caractéristiques ; et alors on espérait que la guérison suivrait l'évacuation spontanée du contenu du kyste par les bronches.

Puis vint une phase chirurgicale presque uniquement d'urgence. La ponction évacuatrice fut faite surtout dans le but de diminuer les troubles respiratoires mécaniques causés par une tumeur de gros volume, prise d'ailleurs très souvent pour un épanchement pleural. D'autre part, la présence d'une tumeur saillante dans la paroi costale, et s'accompagnant de signes de suppuration amenait naturellement à en pratiquer l'incision et le drainage ; traitement qui fut employé pour la première fois par Freteau (de Nantes) en 1812.

Enfin dans une dernière période le traitement chirurgical fut mis en œuvre en dehors des cas d'urgence. La ponction évacuatrice fut destinée, non plus uniquement à diminuer les troubles de compression, mais surtout à amener la mort de l'hydatide, et par suite la résorption de la membrane mère, et le rapprochement des parois de la cavité kystique. D'autre part, sous l'influence des travaux des médecins australiens, l'incision de la poche kystique prenait, à partir de 1875, une importance de plus en plus grande.

Bouilly, le premier en France, pratiquait en 1886 une pneumotomie pour kyste hydatique. L'apparition de la radiographie, permettant un diagnostic de nature plus précoce, un diagnostic de siège plus précis, facilitait l'intervention. Enfin la chirurgie thoracique faisait dans ces dernières années de rapides progrès, par l'application de nouvelles méthodes destinées à lutter contre l'une de ses complications les plus graves, le pneumothorax opératoire : Delagenière mettait en pratique l'ouverture lente de la plèvre, le harponnement du poumon ; les allemands Sauerbruch, Brauer utilisant des données déjà connues par les travaux de MM. Quenu et Longuet, Tuffier et Hallion, apportaient des appareils empêchant le collapsus du poumon au moment de l'ouverture pleurale. Pour toutes ces raisons la chirurgie thoracique devient de jour en jour plus audacieuse, et sait aller de parti-pris ouvrir un kyste hydatique logé en plein tissu pulmonaire et sans adhérences des feuillets pleuraux entre eux.

En résumé trois grandes méthodes ont été en faveur dans le traitement de l'affection qui nous occupe :

1° Le traitement purement médical, comptant sur la résorption ou l'évacuation spontanée ;

2° La ponction évacuatrice destinée à amener la mort de l'hydatide ;

3° L'incision large du kyste avec évacuation de son contenu.

Nous étudierons les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes d'une façon générale et dans les différents cas particuliers.

§ 1. — Traitement médical.

Le traitement médical est en réalité une abstention déguisée, en attendant une résorption spontanée du kyste, ou son évacuation par ouverture bronchique.

L'influence des médicaments proposés est en effet des plus problématiques, comme le montre d'ailleurs leur multiplicité. Baumes préconisait le calomel, Laennec le chlorure de sodium, Hawkins, Desnos, Jaccoud, Semmola, l'iode de potassium ; Bird vante le bromure de potassium. Hjatelin la teinture de Kamala. Marconnet croit avoir été guéri d'un kyste hydatique du poumon grâce à des inhalations d'éther. Nous pourrions citer encore la térébenthine, l'iode, les balsamiques, le camphre, etc., etc... La plupart de ces agents sont tombés dans l'oubli et leur peu d'efficacité dans l'affection qui nous occupe, semble démontrée.

Mais l'abstention pure et simple n'est-elle pas une méthode supérieure à une intervention chirurgicale ? Celle-ci a toujours une certaine gravité. Au contraire nombreux sont les cas, où un kyste abandonné à lui-même a donné lieu à une ou plusieurs vomiques ; puis les phénomènes locaux ont diminué peu à peu d'intensité et la guérison a été définitive. Ne devons-nous pas en résumé dire avec Trousseau : « Le plus sage est de s'abstenir » ?

La réponse à cette question ne peut nous être donnée que par l'étude des statistiques. Nous trouvons dans celle de Hearn, sur 128 cas non traités, 82 morts, soit 64 0/0 de mortalité. La statistique de Davies Thomas donne des résultats analogues : sur 208 cas il trouve 143 morts, 71 guérisons et 24 résultats inconnus, soit en éliminant ces derniers 61 0/0 de mortalité. D'autres statistiques donnent, il est vrai, un chiffre plus faible : Madelung, 31,5 0/0 sur 49 cas ; Becker, 25 0/0 sur 20 cas ; Vegas et Cranwell, 10 morts sur 49 cas à résultats connus et non opérés, soit 52,5 0/0. Mais ces statistiques portant sur un nombre restreint d'observations ont une valeur bien moindre que celles de Hearn et de Thomas.

Le kyste hydatique du poumon présente donc, abandonné à lui-même, une effrayante gravité. De plus dans les cas qui se sont terminés par la guérison, l'évolution a été généralement très lente ;

les vomiques successives, les phénomènes d'infection ont immobilisé le malade pendant de longues périodes. Nous devons donc chercher une thérapeutique qui nous amène une guérison plus fréquente et plus rapide.

§ 2. — Traitement par la ponction.

La ponction dans les kystes hydatiques en général avait été pratiquée pour la première fois par de Muralto en 1684 (d'après Pantaloni), puis par Biette en 1833. C'est donc une méthode très ancienne, et il est tout naturel qu'elle ait été employée depuis longtemps aussi dans les kystes hydatiques du poumon. Dans ceux-ci elle a d'ailleurs été surtout consécutive à une ponction exploratrice. Le diagnostic de pleurésie avec épanchement étant souvent porté dans certaines variétés de kystes, la ponction est faite pour confirmer ce diagnostic ; l'opérateur retire un liquide clair et transforme sa ponction exploratrice en une ponction évacuatrice.

La ponction évacuatrice dans les kystes hydatiques du poumon peut se proposer un double but :

1° Parer à des accidents menaçants d'asphyxie, dus au volume considérable du kyste.

2° Amener la guérison définitive du kyste, et cela par deux procédés différents : soit en privant les vésicules hydatiques de leur liquide nourricier ; soit en injectant à la place de ce liquide une solution d'une substance toxique pour l'échinocoque.

La ponction pratiquée dans le but d'arrêter provisoirement une asphyxie menaçante, peut être quelquefois défendable, lorsque l'on n'a pas sous la main l'arsenal chirurgical nécessaire pour intervenir autrement. Par contre cette ponction pratiquée dans le but d'obtenir une guérison définitive, est une méthode souvent infidèle et presque toujours dangereuse.

Tout d'abord la *ponction simplement évacuatrice* sans injection modificatrice est tout à fait insuffisante pour arrêter le développement du kyste. Dévé inoculant des vésicules ou des scolex dans le péritoine d'un lapin, a montré qu'ils continuaient à se développer, bien qu'ils fussent séparés du liquide hydatique. Dans les kystes hydatiques du foie, la ponction agirait, d'après M. Galliard, en provoquant la mort de l'hydatide par l'irruption de bile dans le kyste évacué. Mais au poumon ce mécanisme n'est plus possible.

La *ponction suivie d'injection de liquide parasiticide* pourrait donc seule être défendue.

Cette ponction se pratique avec un appareil permettant de faire successivement l'aspiration et l'injection, comme l'appareil de Dieulafoy. Les instruments, les mains de l'opérateur, et la région opératoire étant minutieusement aseptisés, l'aiguille est enfoncée au niveau du siège du kyste, présumé d'après les données de l'examen physique et de la radiographie.

De nombreuses substances parasiticides ont été injectées : de toutes la plus employée a été le sublimé à la suite des travaux de Mesnard en 1884.

Cette valeur parasiticide du sublimé a été confirmée par les recherches de Vidal et Chauffard en 1894, puis par les expériences de Dévé rapportées à la Société de biologie en 1902. Il montre que les vésicules hydatiques soumises au contact de la liqueur de van Swieten, ou d'une solution de formol à 1 0/0, deviennent flasques, opaques et inaptes à continuer leur développement.

Nous rappellerons ici les trois méthodes employées pour injecter ce liquide dans les kystes hydatiques du foie.

1° *La méthode de Mesnard (1884), Debove (1888)*, qui consiste à faire une évacuation aussi complète que possible, puis à injecter une quantité assez considérable du liquide toxique, de 100 à 500 gr. Il est laissé pendant 10 minutes environ, puis aspiré à nouveau.

2° *Le procédé de Senett-Racelli (1887)* dans lequel on ne retire

qu'une petite quantité de liquide kystique (10 à 20 gr.) et on injecte une quantité égale de liquide antiseptique contenant par exemple de 1 à 5 ctg. de sublimé.

3° *Le procédé de Hanot* dans lequel le kyste est d'abord vidé, puis on injecte de 15 à 40 gr. de liqueur de van Swieten, qui est abandonnée définitivement dans le kyste.

La ponction évacuatrice avec injection parasiticide a joui d'une certaine faveur dans les kystes hydatiques du poumon et cela se conçoit : c'est en effet une opération simple, de petite chirurgie, à la portée de tous, ne nécessitant ni salle d'opérations, ni matériel compliqué, ni aides nombreux, ni anesthésie générale.

Mais c'est une *méthode infidèle*. En effet :

1° Au niveau du thorax, surtout, lorsque le kyste est de petit volume, et à une certaine profondeur, il est facile de passer à côté avec l'aiguille, et il faut multiplier les ponctions.

2° Lorsqu'on arrive sur le kyste, si la paroi est épaisse et le kyste peu tendu, l'aiguille refoule cette paroi sans la pénétrer, et l'évacuation est impossible. Ascoli, entre autres, rapporte deux cas où la ponction d'hydatides pulmonaires fut négative pour cette raison.

3° Si le kyste est multiple, ou si, étant unique, il contient de nombreuses vésicules filles, la ponction a bien des chances pour ne vider que quelques-unes des cavités, et l'injection de liquide toxique agit peu sur les autres.

Mais la méthode de la ponction est surtout une *méthode dangereuse*, car :

1° L'aiguille peut traverser avant d'arriver au kyste, un vaisseau volumineux et déterminer une hémorragie plus ou moins abondante. Cet accident est, il est vrai, assez rare.

2° La ponction en laissant tomber quelques gouttes de liquide hors du kyste peut déterminer des accidents très sérieux d'urticaire et même des accidents toxiques multiples. Le même reproche peut cependant être fait à la méthode chirurgicale.

3° On peut observer une inoculation hydatique secondaire du trajet suivi par l'aiguille. Les expériences de von Alexinsky, Dévé ont démontré en effet que les scolex peuvent se développer et se transformer en vésicules hydatides sans repasser par l'hôte intermédiaire.

4° L'injection de la substance parasiticide peut déterminer des accidents d'intoxication générale de l'organisme. M. Merklen rappelait à la Société médicale des hôpitaux, en 1903, un cas de kyste du foie où l'on observa de la stomatite et de l'entérite mercurielle à la suite d'une injection de faibles doses de liqueur de van Swieten.

4° Mais la ponction est surtout dangereuse aux poumons en raison des accidents graves dus à la rupture de la poche ou à l'infection qu'elle provoque.

Nous savons en effet que dans la membrane péri-kystique on trouve souvent des bronches ou des vaisseaux de gros calibre, dont la paroi est ulcérée, mais non encore complètement rompue. La membrane mère se plisse et se rompt presque toujours du fait de l'évacuation du liquide. La paroi ulcérée des vaisseaux n'étant plus soutenue par la pression du liquide se rompt à son tour brusquement et il en résulte ou une hémorragie très grave dans le kyste, ou une pénétration dans les bronches du liquide qui n'a pas encore été aspiré. Cette rupture peut d'ailleurs se produire encore sous la seule influence de la toux réflexe provoquée par la ponction.

Ces accidents auraient pu, il est vrai, avoir lieu au cours de l'intervention chirurgicale, mais alors on aurait eu sous les yeux le vaisseau qui saigne, ou bien l'on aurait évacué plus rapidement le liquide kystique, qui aurait ainsi pénétré dans les bronches en moindre quantité.

Et ces accidents ne sont pas purement théoriques : le malade de Moutard-Martin a une hémoptysie de deux cuvettes après une ponction qui n'avait donné issue qu'à une cuillerée de liquide

limpide. Réunissant 36 cas traités par la ponction, Pasquier trouve 5 morts dans les minutes qui la suivent, 3 dans les heures consécutives, 4 dans les quatre ou cinq jours suivants. Nous pourrions y ajouter le cas publié par Mlle Giry, de mort au cours de la ponction chez un enfant, celui de Gautier (1908), etc. Dans un cas de M. Tuffier (n° 128) une ponction pratiquée par un médecin en ville avait déterminé des accidents menaçants d'œdème aigu du poumon.

3° L'infection du kyste par la ponction est un accident encore plus fréquent. Et elle peut survenir malgré les précautions aseptiques les plus minutieuses. En effet, l'aiguille peut traverser pour arriver au kyste des bronches de moyen calibre, contenant comme tout l'arbre respiratoire supérieur une flore bactérienne abondante. Mais surtout elle provoque comme nous l'avons vu, soit une rupture, soit une simple fissure de la paroi bronchique par où se fait l'infection. Et cette infection est encore favorisée, par ce fait que la ponction abandonne au voisinage des bronches la membrane mère, qui constitue ainsi un corps étranger dépourvu de vitalité.

Nous pourrions citer quantité d'observations, où une première ponction même simplement exploratrice a ramené un liquide limpide, une seconde un liquide purulent. Beaucoup de ces observations ne sont pas comptées dans les statistiques des ponctions, mais dans celles des interventions chirurgicales, qu'elles ont nécessitées d'urgence.

Nous insisterons surtout sur le fait dont nous avons été témoin (obs. II). Il s'agit d'un malade, qui entre dans un service de médecine, se plaignant de toux et de fatigue, mais avec un bon état général. L'examen montrant une lésion du sommet droit, on fait une ponction exploratrice, qui ramène un liquide eau de roche ; le lendemain on fait une ponction évacuatrice, qui ne s'accompagne d'aucun accident. Mais les jours suivants, le malade est pris de fièvre élevée, présente des signes de pyopneumo-

thorax, a des vomiques purulentes répétées, et il est passé d'urgence dans le service de chirurgie, avec un état général tellement affaibli, que toute intervention immédiate paraît devoir être fatale, et est remise à une date ultérieure.

La ponction présente donc des dangers très graves : mort subite au cours de l'opération ou infection consécutive. La statistique de Pasquier est, à ce point de vue, très démonstrative : sur 36 cas traités uniquement par la ponction, il trouve 23 morts et 13 guérisons seulement, soit 63,88 0/0 de mortalité.

Nous verrons combien la statistique des thoracotomies donne des résultats plus encourageants. L'abstention elle-même paraît moins dangereuse.

La ponction même exploratrice ne doit donc jamais être employée, lorsqu'on soupçonne un kyste hydatique du poumon. Si, par suite d'une erreur de diagnostic avec un épanchement pleural, on a pratiqué une ponction exploratrice, ramenant un liquide d'hydatides, cette ponction ne doit sous aucun prétexte être transformée en une ponction évacuatrice.

Nous nous sommes étendus sur la ponction d'une façon qui peut paraître un peu longue, alors que cette question semble jugée depuis longtemps aux yeux des chirurgiens. M. Tuffier ne disait-il pas, il y a déjà dix ans, qu'elle ne se posait plus ?

Nous croyons cependant qu'il est encore utile de revenir sur ce sujet. Notre observation II prouve que la ponction se pratique encore. Nous en trouverions d'autres preuves dans la discussion, qui suivit à la Société médicale des hôpitaux en 1903 la présentation des cas de MM. Béclère et de MM. Widal et Froin. M. Moutard-Martin conseille, dans les kystes non suppurés, la ponction évacuatrice, et dit : « Je la tiens comme bien peu dangereuse. » M. Gaillard recommande non l'évacuation mais l'injection d'une petite quantité de sublimé. M. Widal croit « exagéré

le danger des ponctions ». Enfin récemment Morquio, tout en reconnaissant les dangers de la ponction, estime que tout compte fait, elle n'en présente pas plus que l'intervention chirurgicale. Nous allons chercher à démontrer au contraire la bénignité beaucoup plus grande de celle-ci.

Mais auparavant, à propos de la ponction, nous rappellerons pour être complet la méthode de l'électropuncture, avec passage d'un courant continu, méthode créée par Thorasensen, puis suivie par Guérault, Fagge, Apostoli, etc..., pour les kystes hydatiques du foie. Ce procédé nous paraît exposer à la plupart des dangers de la ponction. D'ailleurs il est à peu près abandonné pour les kystes du foie, et nous croyons qu'il n'a jamais été employé pour ceux de la plèvre et du poumon.

Enfin nous signalerons le procédé proposé par Wadsack (*Berl. klin. Woch.*, 1906) : Ayant examiné par la bronchoscopie un kyste, qui guérit d'ailleurs spontanément par rupture dans les bronches, il constata que l'on apercevait dans la lumière bronchique, la paroi tendue du kyste lui-même. Il pense alors qu'il serait possible, dans les cas analogues, de pratiquer la ponction avec une fine aiguille passant par le tube du bronchoscope.

Ce procédé nous paraît encore plus dangereux que la ponction à travers la paroi thoracique. En effet la rupture de la poche et l'infection consécutive sont presque inévitables, puisqu'il s'agit de kystes faisant saillie dans une grosse bronche. Et au moment de la rupture la pénétration brusque de liquide et de fragments de membranes dans la bronche et la trachée provoquera des accidents d'autant plus graves, que ces conduits sont déjà en partie obstrués par le tube bronchoscopique.

§ 3. — Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical proprement dit consistera à faire une incision large du kyste, permettant l'évacuation du liquide, de la membrane mère, des vésicules filles qui y sont contenus ; cette incision sera suivie soit d'un drainage soit d'une suture. Cette méthode est théoriquement supérieure à la ponction, puisqu'elle supprime non seulement le liquide, mais tout le contenu du kyste ; elle se heurte cependant à des obstacles qui sont : la nécessité de la résection costale, si l'on veut avoir un champ opératoire assez étendu ; la traversée de la plèvre, pouvant provoquer des accidents graves de pneumothorax immédiat, et d'infection consécutive ; la section du parenchyme pulmonaire.

Mais en pratique ces difficultés sont loin d'être insurmontables et les statistiques vont nous montrer que la méthode chirurgicale est infiniment plus bénigne que la ponction ou l'abstention simple.

Nous avons pu réunir en effet dans la littérature médicale un grand nombre de cas opérés de kystes de la plèvre et du poumon, que nous rapportons plus loin dans nos tableaux. Nous trouvons :

229 cas opérés avec 6 résultats inconnus, soit :

223 cas à résultats connus.

Ils donnent : 194 guérisons, 29 morts.

Le pourcentage des guérisons est donc 87 0/0, celui de la mortalité opératoire de 13 0/0.

Bien que comprenant environ le double de cas, notre statistique confirme donc celle de Pasquier qui donnait 85, 48 0/0 de guérisons.

On voit combien nous sommes loin de la mortalité de 60 0/0 que nous donne la ponction ou l'abstention.

Et d'ailleurs cette statistique globale doit encore être détaillée : dans les kystes suppurés le malade est souvent opéré d'urgence en raison d'un état général très grave, la mortalité y sera naturellement plus grande.

Un certain nombre d'observations n'indiquent malheureusement pas si le kyste était suppuré ou non. Néanmoins il en reste encore un assez grand nombre où ce détail est mentionné.

Pour les kystes non suppurés nous trouvons 62 cas, dont un résultat inconnu, soit 61. Ils se décomposent ainsi : 56 guérisons, 5 morts.

La guérison a donc eu lieu dans 91, 80 0/0 des cas, la mort dans 8, 20 0/0.

Les kystes suppurés sont au nombre de 103 dont 3 résultats inconnus, soit 100 cas : ils se sont terminés par la guérison dans 81, la mort dans 19.

La guérison représente donc 81 0/0 des cas, la mort 19 0/0.

Cette nouvelle statistique nous montre comme nous l'attendions, la bénignité plus considérable de l'intervention dans les kystes non suppurés, d'où l'utilité de faire une intervention précoce : Attendre, pour intervenir, que le kyste soit rompu dans les bronches, c'est exposer le malade non seulement aux accidents, qui peuvent survenir au moment de la rupture, mais encore à une gravité plus considérable de l'acte opératoire.

CHAPITRE VI

INDICATIONS OPÉRATOIRES SUIVANT LES CAS PARTICULIERS

Les statistiques que nous venons d'examiner, nous donnent des résultats globaux indiquant d'une façon brutale la supériorité de l'incision sur les autres méthodes. Il semble utile de préciser davantage et de rechercher si telles conditions spéciales à tel cas examiné ne feront pas varier l'indication opératoire. Nous passerons donc en revue une série de cas particuliers.

1° Kyste hydatique du poumon rompu. — Lorsqu'on a fait par les signes physiques, l'évolution et surtout la radiographie et les différents procédés de laboratoire, le diagnostic de kyste hydatique du poumon non rompu, et non suppuré, une thérapeutique s'impose : ne pas intervenir, c'est laisser le kyste acquérir un volume de plus en plus considérable, c'est exposer le malade aux dangers graves de la vomique hydatique, causant l'asphyxie, les hémoptysies, l'infection.

Comment intervenir ? C'est ici surtout que s'appliquent les remarques faites au sujet du danger de la ponction et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. La ponction évacuatrice devra donc être bannie. La ponction exploratrice elle-même ne devra pas être tentée si l'on soupçonne un kyste hydatique.

Reste donc l'incision, qui est la méthode de choix et dont nous étudierons plus loin le manuel opératoire : thoracotomie avec résection costale définitive ou mieux temporaire ; suture de la plèvre si elle n'est pas adhérente ; traversée du parenchyme pulmonaire ; incision et évacuation du kyste. Et c'est ici que peut

se poser la question de la suture sans drainage, que nous discuterons.

Si le kyste non rompu est reconnu suppuré grâce à la fièvre, le mauvais état général, la douleur, etc..., à plus forte raison s'imposent l'incision et le drainage large du véritable abcès du poumon qu'il constitue.

2° Le kyste du poumon est rompu dans les bronches. — Le diagnostic en a été fait par l'existence d'une vomique limpide ou purulente contenant des éléments caractéristiques. Le kyste n'est pas d'ailleurs toujours infecté après la rupture, et à l'opération on a trouvé souvent du liquide limpide dans la cavité kystique d'un malade, chez lequel on avait observé une vomique.

Qu'il soit suppuré ou non, on pourrait *à priori* penser que dans ce cas au moins, l'abstention devient une méthode favorable; en effet, lorsqu'on examine un tel malade, on n'a plus à craindre les dangers d'une vomique qui à ce moment est passée; d'autre part, l'ouverture du kyste dans la bronche ayant eu lieu, c'est en somme un véritable drainage par les voies naturelles; le kyste va se vider par la bronche et sa cavité disparaître. L'intervention avec tous les accidents qu'elle peut entraîner devient donc inutile.

Mais en pratique il n'en est pas de même dans la majorité des cas. En effet l'ouverture bronchique est toujours petite; souvent après une première vomique, elle s'obture, le kyste se remplit de nouveau, une nouvelle vomique aussi grave que la première survient et ainsi de suite. Les vésicules filles, la totalité de la membrane mère sont difficilement expulsées par les bronches. Elles restent au voisinage de la lumière bronchique; la cavité qui les contient ne va pas tarder à s'infecter; nous aurons un abcès, qui se draine mal, par une ouverture étroite, rarement située au point déclive. De gros vaisseaux à paroi affaiblie, peuvent se trouver au contact de la poche, finir de s'ouvrir dans celle-ci et donner lieu à une hémoptysie foudroyante ou grave par sa répétition.

L'ouverture déjà existante d'un kyste dans les bronches ne constitue donc pas une contre-indication à l'incision large de ce kyste.

3° **Le kyste hydatique du poumon est rompu dans la plèvre.** — La rupture d'un kyste hydatique du poumon dans la plèvre est presque toujours accompagnée de rupture dans les bronches. Cette double ouverture a donc pour résultat de mettre une lumière bronchique, en communication avec la plèvre, où s'accumule d'autre part une partie du liquide kystique. Nous aurons par conséquent un hydropneumothorax qui va être très rapidement transformé en un pyopneumothorax.

On conçoit qu'ici l'indication soit plus immédiate encore d'une incision large avec drainage de la cavité pleurale et de la cavité kystique.

4° **Il s'agit d'un kyste hydatique primitif de la plèvre.** — Le diagnostic en est d'ailleurs, fort difficile avec un kyste développé à la périphérie du poumon et ayant provoqué l'adhérence des deux feuillets pleuraux. En pratique, on considère comme kyste hydatique de la plèvre celui qui ne communique pas avec les bronches, et qui se trouve au contact de la paroi thoracique sans qu'il y ait de parenchyme pulmonaire à traverser pour l'atteindre.

Il s'accompagne d'ailleurs parfois d'un prolongement faisant saillie à l'extérieur du thorax à travers un espace intercostal.

C'est ici que la ponction présenterait son minimum de dangers, puisque le kyste est moins au contact d'une bronche ou d'un gros vaisseau susceptible de s'ouvrir dans sa cavité. Mais le diagnostic n'en est pas souvent fait et d'autre part c'est précisément dans ces cas, que l'intervention est facile et exempte de complications graves. Elle est tout à fait analogue à une simple opération d'empyème. Elle devra donc encore être la méthode de choix dans le kyste hydatique de la plèvre non suppuré, et

en tout cas la méthode de nécessité dans la forme suppurée qui représente une véritable pleurésie purulente.

5° Le kyste présente une ouverture exceptionnelle. — Liouville et Strauss ont signalé l'ouverture dans le canal rachidien, Alibert dans le péricarde, Laënnec dans l'intestin, Dupuytren à l'ombilic. Ce sont là des faits tout à fait rares et qui d'ailleurs ne semblent pas devoir faire exception à la règle générale d'incision large.

6° Indications tirées des signes fonctionnels. — Il existe certains kystes, qui par leur volume considérable causent des phénomènes d'asphyxie grave. Il est rare cependant que le danger soit suffisamment imminent pour que l'on ne puisse attendre les quelques heures nécessaires à la préparation d'une intervention, et qu'il faille faire une ponction immédiate. Malheureusement d'ailleurs le diagnostic est ici plus particulièrement difficile avec celui d'épanchement pleural, et la ponction sera dirigée contre celui-ci.

Dans ce cas, on peut objecter à l'intervention par incision, qu'elle expose aux dangers de la décompression brusque. Mais la ponction elle aussi est plus dangereuse que dans les lésions de volume moyen, puisque le kyste en raison de sa taille a plus de chances d'avoir atteint et ulcéré un gros vaisseau ou une bronche importante.

7° Indications tirées de l'état général. — Dans les kystes ouverts dans les bronches et suppurés depuis longtemps, le malade peut-être très affaibli, amaigri, semblant hors d'état de supporter une opération. Il en était ainsi dans notre observation II. Il faudra donc chercher d'abord à remonter le malade ; toutefois il faudra bien savoir que la meilleure façon de le remonter est encore de drainer sa cavité purulente pour assurer un libre écoulement au pus.

L'intervention sera réduite au minimum. Elle sera d'ailleurs

facilitée par les adhérences pleurales antérieures presque constantes dans les kystes suppurés d'un certain volume.

8° **Indications tirées des signes physiques.** — L'examen clinique du thorax peut quelquefois montrer la tendance à la régression de la poche kystique. Mais c'est surtout comme nous l'avons vu plus haut la radioscopie qui peut nous indiquer la diminution progressive du volume d'un kyste ; dans certains cas, comme dans celui de notre observation III, la tache circulaire nette est remplacée par une tache de petit volume à pourtour diffus indiquant l'extension d'un processus périphérique de sclérose. La tendance à la guérison spontanée est ici manifeste ; l'intervention devient inutile ; il faudra seulement répéter les examens radioscopiques pour s'assurer des progrès de la guérison.

En résumé, hors ce dernier cas, il ne semble pas y avoir de contre-indications à l'incision large du kyste, qui devra toujours être préférée à la ponction.

CHAPITRE VII

MANUEL OPÉRATOIRE

L'incision large du kyste comprend plusieurs temps opératoires. L'intervention devra évidemment s'arrêter à certains d'entre eux suivant la situation plus ou moins superficielle de la lésion. Nous prendrons donc pour type un kyste hydatique du poulmon logé profondément en plein parenchyme pulmonaire.

Nous étudierons ces divers temps, suivant leur ordre chronologique, et nous aurons la série des chapitres suivants :

- 1° Dispositions préliminaires à l'opération ;
- 2° Traversée de la paroi thoracique ;
- 3° Traversée de la plèvre ;
- 4° Traversée du parenchyme pulmonaire ;
- 5° Evacuation du kyste ;
- 6° Traitement de la cavité ;
- 7° Traitement de la plèvre ;
- 8° Traitement de la plaie thoracique ;
- 9° Soins consécutifs ;
- 10° Complications opératoires et post-opératoires.

§ 1. — Dispositions préliminaires.

Anesthésie. — Dans les interventions sur les kystes hydatiques du poulmon l'anesthésie générale est préférable ; elle sera faite soit à l'éther, soit mieux au chloroforme, en raison des altérations bronchiques de voisinage.

L'anesthésie locale (par exemple à la novocaïne adrénaline) reste indiquée dans les cas où l'état général est très affaibli, ceux où la poche est nettement superficielle, avec des adhérences pleurales à peu près certaines.

Instrumentation. — Elle est celle de toute intervention sur le thorax. Signalons seulement l'écarteur costal de Mikulicz, qui augmenterait de beaucoup les dimensions du champ opératoire. Dans son rapport au Congrès des chirurgiens allemands de 1907, Friedrich en apporte un modèle légèrement modifié : il comprend deux valves à courbure inégale, qu'on peut introduire isolément et qui sont maintenues écartées à l'aide d'une crémaillère et d'un ressort.

Du pneumothorax opératoire. — La chirurgie des lésions pulmonaires en général a été arrêtée pendant longtemps par la crainte de l'entrée brusque de l'air dans la cavité pleurale, libre d'adhérences, au moment de l'intervention. On sait en effet que la création du pneumothorax détermine de nombreux accidents étudiés en particulier expérimentalement par Gilbert et Roger, en 1891, Rodet et Pourrat en 1892. Quénu et Longuet, Tuffier et Hallion, en 1896, Sackur en 1896, Gerulanos en 1898, et depuis 1900, Cazamian, Sauerbruch, Brauer, Tiegel, Seidel, Mayer, etc...

Ces accidents consistent immédiatement en troubles de la respiration (mouvements désordonnés, plus rarement arrêt brusque, puis le rythme reste accéléré avec une amplitude plus grande), et troubles circulatoires (parfois arrêt brusque du cœur, plus souvent simple accélération suivie de ralentissement, avec chute de la pression artérielle). Nous n'avons pas ici à étudier les causes de ces accidents ; rappelons seulement qu'elles ne sont pas uniquement d'ordre mécanique, et qu'il faut faire jouer un rôle aux phénomènes nerveux réflexes causés par le contact de la plèvre avec l'air.

De plus, ultérieurement l'infection sera facilitée par ce fait, que en raison de l'affaissement du poumon, toute l'étendue de la ca-

tivité pleurale entre en contact avec l'air, et cet air est constamment renouvelé par le mouvement de brassage que lui font subir pendant l'opération, les alternatives de dilatation et de retrait du poumon.

Dans les interventions sur les kystes hydatiques du poumon, ces accidents du pneumothorax ne seraient pas à craindre, si l'on en croyait Maydl (Société impéριο-royale des médecins de Vienne, 1890), parce que les adhérences des feuillets pleuraux seraient constantes dans cette affection.

Or l'examen des observations nous montre qu'il est loin d'en être ainsi. Sur les 229 cas que nous rapportons plus loin, nous en avons trouvé 57 où l'état de la plèvre était indiqué. Dans 33 cas les adhérences faisaient défaut ou étaient incomplètes, dans 24 elles existaient. On peut donc dire que dans les kystes hydatiques du poumon les adhérences font défaut dans plus de la moitié des cas. Cette fréquence est d'ailleurs variable suivant l'état d'infection ou non du kyste. Dans les kystes non suppurés nous trouvons 21 non-adhérences contre 8 adhérences, soit 72 0/0 des cas où elles font défaut. Dans les kystes suppurés ; nous avons 10 cas de plèvre libres contre 13 cas d'adhérences, soit 56 0/0 d'adhérences. Dans les cinq autres cas sur 57 où l'état de la plèvre était mentionné, l'état d'infection du kyste ne l'était pas.

On a cherché à faire à l'avance le diagnostic des adhérences pleurales, ce qui permettrait d'intervenir sans crainte dans les cas où on les constaterait. Les signes cliniques, l'évolution donnent très peu de renseignements. Rappelons le procédé de Fenger et Riedinger, introduisant une aiguille jusque dans le poumon, et constatant sa mobilité avec les mouvements respiratoires si la plèvre est libre, et si le poumon peut ainsi se déplacer par rapport à la paroi thoracique ; le procédé de Sapiejko, qui constate l'élévation du niveau dans un tube manométrique relié à une aiguille creuse pénétrant dans la cavité pleurale ; ces procédés

donnent peu de résultats. La radiographie entre les mains de von Criegern, Stuerz n'en a pas donné davantage. Il faut se résoudre à dire avec Tuffier : « que l'on ne peut avoir que des présomptions sur ce sujet ».

En pratique donc, il faut tenir tout kyste hydatique du poumon comme susceptible de coexister avec une cavité pleurale libre. Quelles seront alors les méthodes à employer pour éviter les accidents du pneumothorax ? On en distingue deux classes :

1° *Les méthodes dites chirurgicales.* — Les unes tiennent surtout compte du rôle des phénomènes nerveux dans la production de ces accidents. Elles consisteront soit à anesthésier au préalable la plèvre par l'introduction dans sa cavité d'une solution anesthésique locale, comme l'a proposé Cazamian, soit à habituer la plèvre au contact de l'air en créant la veille une pleurotomie comme Dollinger, en injectant de l'air stérilisé ou de l'azote à l'exemple de Willems.

D'autres, abandonnées à l'heure actuelle, tendent à créer des adhérences protectrices dans une première séance opératoire. C'est Sapiejko injectant de la formaline, de l'azotate d'argent, Quincke de la teinture d'iode ; ou bien c'est l'application avec Quincke de caustique sur la face externe de la plèvre. Enfin de Cerenville et Roux faisaient une suture des feuillets pleuraux destinée à produire ces adhérences.

Les seuls procédés chirurgicaux actuellement admis sont ceux qui s'emploient au moment de l'intervention et que nous étudierons plus loin, dans la description de l'opération type de kyste hydatique du poumon.

2° *Les méthodes physiologiques.* — Méthodes rationnelles de Mayer, méthodes physiques de Willems.

Elles sont toutes basées sur ce principe général : l'air contenu dans la cavité pleurale ouverte, doit rester à une pression inférieure à celle de l'air contenu dans les bronches. D'où deux procédés différents, les uns tendant à abaisser la pression de l'air

autour du corps du malade (chambre de Sauerburch), les autres augmentant la pression de l'air respiré (appareil de Brauer et similaires).

Il n'entre pas dans notre étude de faire la description, la critique et la comparaison de ces différents appareils. Il semble que les auteurs tendent de plus en plus à considérer qu'ils sont identiques au point de vue physiologique. Au point de vue pratique les appareils à hyperpression semblent plus faciles à manier.

L'emploi de ces appareils constitue assurément une excellente méthode ; ils évitent la production d'accidents, permettent de ce fait une exploration plus facile de la plèvre. Il est donc regrettable que leur usage n'en soit pas plus généralisé.

Toutefois il faut savoir se passer d'eux. Et la méthode chirurgicale bien employée permet d'éviter la plupart des accidents. C'est donc elle que nous décrirons.

§ 2. — Traversée de la paroi thoracique.

La traversée de la paroi thoracique, pour aller inciser un kyste hydatique, a d'abord consisté dans une simple incision au niveau d'un espace intercostal. Cette incision est tout à fait insuffisante. Elle donne très peu de jour, rend l'exploration très difficile. La résection d'une seule côte procure encore un champ opératoire trop limité et il faut en réalité réséquer sur une longueur de sept à huit centimètres un minimum de deux côtes, plus souvent même trois.

Tout au plus dans certains cas de kystes hydatiques de grand volume nettement suppurés avec état général grave, on est obligé de faire une intervention d'urgence et de la réduire à son strict minimum. Il en était ainsi dans le cas de Français (n° 155) ; on fit simplement l'opération de l'empyème chez une malade qui

arrivait avec un kyste suppuré occupant les deux tiers inférieurs du thorax droit, et qui mourut d'ailleurs sur la table d'opérations.

Les premiers cas de résection costale, dans l'affection qui nous occupe, ont été signalés, par Breithkopf, en 1882, puis Mosler et Vogt 1883, mais chacun d'eux ne réséquait qu'une seule côte. Il faut arriver à Israël et à Bouilly en 1886, pour voir la résection porter sur plusieurs côtes, et cette technique érigée en principe.

Dans les kystes hydatiques de la plèvre, Rebière dit que la résection costale n'a jamais été pratiquée. Nous l'avons cependant trouvée dans les obs. 7, 26, 58, 66, 70, 77, 129, 143. Dans les obs 118 et 144, la pleurotomie ou la résection d'une seule côte donna un résultat insuffisant, puisqu'il fallut intervenir de nouveau quelques jours plus tard. Il semble en effet, qu'une incision intercostale, ou même une résection d'une seule côte, ne permette pas une exploration complète de la plèvre ou de la cavité kystique ouverte ; l'extirpation de la membrane mère en est rendue très difficile. Et une résection plus étendue augmente de si peu la gravité de l'opération qu'il vaut mieux la pratiquer de parti-pris.

On tracera donc une incision curviligne circonscrivant un lambeau, dont la base sera soit parallèle soit perpendiculaire à la direction des côtes. Ce lambeau sera taillé soit en un temps, en relevant simultanément les côtes à sa face profonde ; soit en deux temps : relèvement d'un lambeau musculo-cutané, puis d'un lambeau costo-intercostal. Nous ne nous attarderons pas ici à décrire minutieusement la taille de ce lambeau, qui est la même que dans toute thoracotomie. Disons seulement que si l'on opère à l'aide d'un appareil à hyper ou hypopression, on pourrait inciser hardiment la plèvre si elle n'est pas adhérente et la relever avec le lambeau. Mais même dans ce cas, il vaut mieux respecter la séreuse, lorsqu'on taille le lambeau, afin de l'ouvrir lentement, et de la laisser ouverte pendant le minimum de temps.

La résection costale doit elle être définitive ou temporaire ? Posadas a conseillé en 1898 de faire une résection temporaire,

les côtes étant sectionnées à une extrémité de la plaie, fracturées à l'autre, en les renversant, et en ayant soin d'appuyer le doigt sur leur face convexe au point où l'on veut produire la fracture ; puis après l'intervention elles sont rabattues et suturées. Ce procédé est en effet le meilleur dans les cas de kystes hydatiques de petit et moyen volume, car il assure ultérieurement la conservation de la forme normale du thorax. Cependant dans les cas de grands kystes, où la cavité sera lente à se combler, il est préférable de faire une résection définitive ; le lambeau en se déprimant de dehors en dedans viendra ainsi aider à diminuer le volume de cette cavité.

Lorsqu'on est en présence d'un kyste hydatique de la plèvre et du poumon nettement diagnostiqué, lorsqu'on aura précisé autant que possible par l'examen physique, et surtout par la radiographie, le siège exact de la lésion, en quel point devra porter l'intervention ?

Il est des lésions de la plèvre et du poumon qui exigent presque toujours une thoracotomie au même point. Telle par exemple la plaie par arme à feu, où la thoracotomie doit permettre d'explorer la totalité de la surface pulmonaire, et où l'on peut compter sur l'absence d'adhérences pleurales, et par conséquent la facilité de cette exploration.

Mais dans les kystes hydatiques il n'en est plus de même. Dans près de la moitié des cas en effet il existe des adhérences qui, si elles sont utiles pour éviter la production du pneumothorax sont extrêmement gênantes pour pratiquer l'exploration. Il faut donc suivre le plus court chemin pour aller à la lésion. D'autre part le siège de cette lésion peut être en général suffisamment précisé pour que l'on intervienne immédiatement en regard d'elle.

Cependant on peut dire en consultant les observations qu'il existe deux sièges de prédilection pour la thoracotomie, suivant que le kyste siègera sur le sommet ou vers la base du poumon.

Pour les kystes du sommet, la voie postérieure est rendue

difficile par la présence de l'omoplate et des muscles qui rattachent cet os au rachis. La voie antérieure est au contraire tout indiquée ; le grand pectoral peut être traversé, sans crainte de troubles dans le fonctionnement du membre supérieur. La première côte doit seule être respectée.

Posadas conseille de tailler un lambeau à convexité interne, avec résection de deux côtes. Dans notre observation II, notre maître M. Gosset a obtenu un excellent résultat par un lambeau à convexité inférieure, dont le tracé cutané longeait le bord sternal à partir du 1^{er} cartilage, se recourbait pour passer sous le mamelon au-dessus de la 7^e côte et remontait sur la ligne axillaire antérieure ; en réséquait en même temps 5 cent. des 4^e et 5^e côtes.

Il faut autant que possible que les côtes réséquées soient les plus basses de celles correspondant à la lésion. Il est nécessaire en effet que le drainage s'effectue au point le plus déclive.

Lorsque les kystes siègent à la base du poumon, ou même à sa partie moyenne, la voie de choix semble être la voie latérale inférieure, telle que l'a indiquée Delagenière en 1893. Cette voie était destinée primitivement au traitement des pleurésies purulentes. Mais il a montré depuis, qu'elle était aussi excellente dans la plupart des lésions pulmonaires chirurgicales. Elle a pour but primordial de drainer le sinus costo-diaphragmatique à son point le plus déclive ; elle permet néanmoins l'exploration de la plus grande partie du poumon, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences et qu'on introduit la main dans la cavité pleurale. Elle consiste dans les temps suivants :

Incision en U à concavité supérieure. La branche horizontale longe la 8^e côte ; la branche postérieure suit la ligne axillaire postérieure, c'est-à-dire prolonge le bord axillaire de l'omoplate ; la branche antérieure lui est parallèle, passant par les 7^e, 8^e et 9^e articulations chondrocostales. Dénudation et résection des 8^e, 7^e et 6^e côtes. La côte est sectionnée en arrière, décollée de la plèvre et fracturée en avant par torsion. Si le kyste était trop haut

placé, on pourrait encore réséquer une ou deux côtes plus élevées.

En dehors de ces deux sièges de prédilection, le lieu de l'intervention est parfois indiqué d'une façon plus précise par l'existence d'une voussure nettement localisée en un point particulier de la paroi thoracique, indiquant des rapports très rapprochés avec celle-ci.

Parfois même la tumeur hydatique traverse un espace intercostal pour venir faire saillie à l'extérieur : c'est ce qui eut lieu dans le cas de Reid (n° 112 de nos tableaux) ; on avait affaire à un kyste hydatique développé primitivement dans le lobe supérieur du poumon droit, et qui envahit la plèvre, nécrosa une côte et vint former sous le trapèze une tumeur fluctuante ; celle-ci remplissait « l'espace compris entre l'épine dorsale et l'épaule depuis la 1^{re} jusqu'à la 11^e vertèbre dorsale ».

Il s'agit d'ailleurs plus souvent dans ces cas de kystes primitifs de la plèvre comme dans les cas de Reboul (n° 26), de Landau (n° 91), de Becker (n° 149), de Williams (n° 164), de von Lesser (1881), etc.. L'intervention doit évidemment porter d'abord sur la région de la tumeur extérieure. Dans un cas même, de Luff (n° 16), le kyste développé dans la plèvre fut atteint par une laparotomie médiane sous-ombilicale.

§ 3. — Traversée de la plèvre et exploration du poumon.

Lorsque le lambeau a été relevé et les côtes réséquées, on se trouve en présence du feuillet pariétal de la plèvre. Il peut se présenter dans les kystes hydatiques du poumon avec un aspect différent. Tantôt il a conservé ses caractères normaux de minceur et de transparence, et permet de voir monter et descendre, suivant les mouvements respiratoires, la surface rosée du poumon coupée de lignes ardoisées ; on est certain dès lors qu'il n'existe pas

d'adhérences des feuillets pleuraux. Parfois, même comme dans notre observation I, on voit par transparence sur la surface du poumon une zone blanchâtre, répondant au kyste lui-même.

Plus souvent la plèvre est opaque ; elle a au toucher une consistance dure, comme cartonnée. Cette altération indique que la séreuse a été plus ou moins modifiée par le voisinage de la lésion ; elle ne permet pas toujours cependant d'affirmer l'existence d'adhérences.

L'ouverture de la plèvre va déterminer la production du pneumothorax, si les adhérences n'existent pas. Lorsqu'on ne dispose pas d'appareils spéciaux, on pourrait éviter le pneumothorax en faisant au préalable une suture des deux feuillets pleuraux ; on peut employer pour cela la suture à arrière-point de de Cereville et Roux ; elle consiste à passer une aiguille courbe munie d'un fil à travers les deux feuillets, à la faire pénétrer de nouveau en arrière de son point de sortie, pour la faire ressortir en avant et ainsi de suite. Le trajet de la suture étant circulaire, le chef terminal vient se joindre et se nouer avec le chef initial. On a ainsi une suture continue ; et l'on peut inciser dans le champ qu'elle limite, sans craindre la pénétration de l'air dans le reste de la grande cavité.

Ce procédé serait théoriquement excellent si l'on connaissait d'une manière absolue le siège du kyste.

En effet les orifices de passage de l'aiguille, obturés par le fil, sont insuffisants à livrer passage à l'air : Dolbeau a montré qu'on peut faire une incision linéaire de la plèvre sur un centimètre sans produire de pneumothorax. Et cependant nous avons trouvé une observation de Cantlie (n° 76) où, après une résection costale pour kyste hydatique du poumon gauche, une aiguille fut passée à travers la plèvre saine et intacte ; immédiatement se produisirent des signes très graves de pneumothorax, qui conduisirent le chirurgien à arrêter l'opération et qui durèrent deux jours.

D'ailleurs il est rare d'être suffisamment certain du siège du kyste, pour être sûr de pratiquer la suture à son niveau : il faut au préalable explorer le poumon pour chercher à sentir avec le doigt ou mieux la main tout entière une modification de consistance qui indiquera la présence de la lésion.

Peut-on faire cette exploration sans ouvrir la plèvre ? M. Tuffier l'a proposé dans la thèse de Richerolle, puis à la Société de chirurgie en 1893 : la plèvre pariétale se laisse assez facilement décoller de la face interne des côtes ; elle adhère un peu plus aux bords supérieur et inférieur de chaque côte et aux muscles intercostaux ; néanmoins elle peut en être détachée et peut même être séparée de l'appareil suspenseur de Sebillé. On peut ainsi percevoir facilement avec la main à travers la plèvre tous les détails de configuration et de consistance du poumon. Mais cette exploration doit être forcément limitée ; car si le décollement porte sur une grande étendue le feuillet pariétal se laisse déprimer par la pression atmosphérique, et nous sommes dans les conditions mécaniques du pneumothorax, que l'on voulait précisément éviter. En pratique ce décollement n'est pas toujours facile et Terrier citait un cas opéré devant lui par M. Tuffier où la plèvre se déchira et le pneumothorax se produisit au cours du décollement.

M. Bazy, au Congrès de chirurgie de 1893, a proposé une méthode différente. Il fait une très petite incision à la plèvre pariétale ; il y introduit rapidement l'index entouré de compresses pour éviter la pénétration de l'air, et peut ainsi explorer avec le doigt une certaine étendue de la surface pulmonaire. Le siège de la lésion étant reconnu, il peut faire à son niveau une suture des feuillets pleuraux avant d'ouvrir largement la plèvre. On voit de suite combien cette exploration limitée doit être insuffisante.

Nous savons que moyennant certaines précautions l'ouverture large de la plèvre n'est pas si dangereuse. Il est donc préférable de la pratiquer, pour faire une exploration du poumon avant

toute suture ; celle-ci en effet serait extrêmement gênante pour cette exploration.

Nous ferons donc d'emblée l'incision du feuillet pleural. Elle va nous montrer immédiatement s'il y a ou s'il n'y a pas d'adhérences.

a) *Il y a des adhérences.* — Dans ce cas l'incision conduit directement sur le parenchyme pulmonaire. La crainte du pneumothorax est supprimée. Mais en revanche la recherche du kyste devient presque toujours extrêmement difficile. La palpation du poumon ne peut se faire que dans la région des côtes réséquées et superficiellement ; il est impossible en effet de prendre le poumon entre deux doigts pour se rendre compte de l'existence d'une petite tumeur dans sa partie centrale.

On est obligé alors d'avoir recours pour explorer le poumon à la ponction exploratrice pratiquée en divers points, et elle est souvent infructueuse.

En somme les adhérences constituent une complication plus gênante qu'utile dans la plupart des interventions. C'est l'impression qu'on retire de la lecture de notre observation n° III où la présence d'adhérences rendit impossible la découverte d'un foyer de petit volume. L'observation de Breitkopf (n° 182) a donné un résultat analogue.

b) *Il n'y a pas d'adhérences.* — L'incision de la plèvre va déterminer la production du pneumothorax. Si l'on opère à l'aide d'un appareil du type Sauerbruch ou Brauer, le collapsus du poumon n'aura pas lieu et l'incision de la séreuse pourra être large.

Dans le cas contraire il faut prendre un certain nombre de précautions dont la technique a été surtout vulgarisée par Delagenière (du Mans).

1° Ouverture lente et graduelle de la plèvre ; la petite incision est fermée immédiatement avec une compresse, qui ne laisse entrer l'air que très lentement, en le filtrant pour ainsi dire. Cette

manœuvre a pour but d'habituer la plèvre au contact de l'air, diminuant ainsi les phénomènes réflexes, et de ne produire que progressivement les changements des conditions mécaniques de la respiration et de la circulation.

2° Le pneumothorax étant produit et l'incision agrandie, la main tout entière est introduite dans la plèvre pour faire une exploration rapide du poumon.

M. Tuffier écrit à ce propos : « Si vous arrivez sur la plèvre dépourvue d'adhérences, et si vous l'ouvrez, le poumon se rétracte, il fuit vers le hile, et il emporte, soigneusement caché avec lui, en un point que vous ne pouvez plus préciser, le siège du mal si heureusement localisé (par les moyens cliniques). »

Notons cependant que cette rétraction n'a pas toujours lieu.

Souvent la surface du poumon est maintenue au voisinage de la brèche pleurale, par le volume du kyste sous-jacent. Il en était ainsi dans les observations de Giannetasio (n° 8) et de Santucci (n° 29) où le kyste faisait hernie dans la plaie.

En dehors même de ces cas, à condition que la brèche pleurale soit assez large, il semble que la main puisse aller toujours toucher, palper et saisir le tissu pulmonaire.

3° Cette exploration doit être très rapide, et si le malade présente quelques accidents, il vaut mieux l'interrompre, pour passer au temps suivant, quitte à la reprendre au bout de quelques instants.

Ce temps suivant consiste à attirer le poumon dans la plaie thoracique à l'aide de la main ou d'une pince. Cette manœuvre désignée sous le nom d'« amarrage ou harponnage du poumon » a été employée d'abord par Muller, puis préconisée par Bayer, Gluck, Gerulanos, Delagenière, Garré, Rehn, etc... Elle est destinée à empêcher le flottement du médiastin, qui tend à s'enfoncer vers le côté sain à l'inspiration, à bomber dans la plèvre ouverte à l'expiration.

Elle a une efficacité réelle et fait souvent disparaître les troubles respiratoires qui s'étaient produits.

Cependant la traction sur le poumon ne doit pas être exagérée au point d'attirer celui-ci en dehors de la plaie et d'opérer sur une région extériorisée de la cage thoracique, ainsi que l'a proposé König. En effet Friedrich, dans son rapport au Congrès de chirurgie allemand de 1907, montre par des expériences sur le chien que la traction du poumon hors de la plaie entraîne une inflexion du hile, et comme conséquence un abaissement rapide de la pression artérielle avec cessation de toute respiration.

4° Fermeture de la brèche pleurale. Si les troubles respiratoires continuaient, il faudrait fermer momentanément avec des compresses l'incision de la plèvre. On obtient ainsi une diminution marquée des accidents.

5° Isolement et protection de la cavité pleurale. Lorsque la lésion pour laquelle on intervient a été complètement reconnue par la palpation, il est nécessaire de limiter le champ opératoire par le tamponnement de la cavité pleurale avec des compresses insinuées sur tout le pourtour de la plaie. On prévient de cette façon l'infection de toute la cavité ; mais de plus on diminue, comme nous l'avons vu plus haut, les troubles mécaniques du pneumothorax.

Cependant si les résultats donnés par l'exploration sont définitifs, il est préférable de faire, au lieu du tamponnement, la suture de la plèvre viscérale à la plèvre pariétale sur tout le pourtour du champ opératoire. C'est ici que la suture à arrière-points de Cérenville et Roux reprend toute son utilité. Mais, comme MM. Quénu et Longuet l'ont montré, cette suture ne doit pas comprendre uniquement les feuillets pleuraux ; elle doit intéresser aussi les « doublures » de chacun de ces feuillets ; c'est-à-dire qu'il faut prendre avec la plèvre viscérale une certaine épaisseur de tissu pulmonaire, et avec la plèvre pariétale les muscles intercostaux et aussi les côtes, d'où le nom de « costo-pneumopexie » donné à ce procédé.

Enfin certains chirurgiens recommandent de ne jamais donner au malade la position de décubitus sur le côté sain. Cette position plus favorable, il est vrai, pour la commodité de l'intervention, aurait le grave inconvénient de diminuer l'expansion du thorax justement du côté qui respire.

Garré couche même le malade sur le côté opéré s'il y a une dyspnée marquée. Willems va jusqu'à mettre le patient en position assise pour faire l'ouverture de la plèvre ; ce procédé n'est peut-être pas sans danger au cours d'une chloroformisation. Enfin Depage recommande la position ventrale.

c) Dans quelques cas il n'y a pas d'adhérences et cependant toutes ces méthodes sont inutiles : c'est lorsque l'on a affaire à un kyste de la plèvre ou à un kyste du poumon secondairement ouvert dans la plèvre.

Le poumon est déjà rétracté et l'on peut faire à la séreuse une ouverture large qui conduit directement sur la lésion. Le temps suivant, la traversée du poumon est supprimée : si le kyste est secondaire, on voit en effet sur la surface pleurale viscérale l'orifice par lequel il s'est ouvert dans la séreuse, et il suffit de l'agrandir.

§ 4. — Traversée du parenchyme pulmonaire.

Quand on est en présence de la surface pulmonaire, soit que la cavité pleurale ait été ouverte, soit que les feuillets pleuraux adhérents fassent corps avec le parenchyme de l'organe, le siège du kyste doit être déterminé, comme nous l'avons dit plus haut par la palpation.

Si celle-ci ne donne aucun renseignement, il est nécessaire d'avoir recours à la ponction exploratrice. En effet, tandis que la ponction est une méthode dangereuse employée isolément, elle est recommandable au cours de l'intervention. Un de ses gros

angars, l'infection, n'entre plus ici en ligne de compte. Quant à ces accidents mécaniques, ils pourront être traités immédiatement, car ils ne peuvent guère se produire que si la ponction est positive, et si du même coup le siège du kyste devient connu et son ouverture large, facile.

Lorsque le kyste est superficiel, comme dans nos observations I et II, il n'y a pas de parenchyme à traverser. Il n'en est plus de même si le kyste est à une certaine profondeur.

Dans ce cas la discussion reste toujours ouverte entre les partisans du thermocautère et les partisans du bistouri. Après lecture des nombreuses observations de kyste hydatique du poumon, où le parenchyme dut être traversée, nous nous rangeons volontiers à cet avis de Friedrich, que « le cautère économise du sang, mais il efface l'anatomie des tissus. Le bistouri et les ciseaux rendent l'opération plus sanglante, mais ils permettent de voir exactement l'anatomie de la plaie, ce qui est très utile pour reconnaître les altérations pathologiques et arrêter les hémorragies ».

Le bistouri doit donc être employé de préférence. D'ailleurs, tant qu'on a affaire à la couche superficielle du poumon, l'hémorragie n'est jamais très forte. Dans notre observation III il y eut un peu de suintement sanguin au niveau de la petite incision exploratrice de un centimètre de profondeur dans le poumon, mais ce suintement s'arrêta facilement par le tamponnement. Si l'on avance davantage vers le hile, on pourra se trouver en présence de vaisseaux plus volumineux : l'hémostase ne devra pas en être faite au thermocautère, car il est difficile alors de l'obtenir, et on s'expose à une hémorragie secondaire par détachement de l'eschare dans un effort de toux. Les vaisseaux d'un certain volume devront être saisis et liés, comme dans les autres tissus, soit isolément, soit en masse avec un peu de parenchyme pulmonaire.

On arrive ainsi sans grande hémorragie, en liant ou en tamponnant, jusque sur la membrane adventice du kyste.

§ 5. — Traitement du kyste proprement dit.

L'ouverture des kystes hydatiques de l'organisme en général doit être précédée d'une technique spéciale, connue depuis longtemps, mais qui est surtout employée depuis les travaux de Alexinsky, de Dévé, montrant la possibilité du développement chez le même individu de nouveaux kystes par greffe de scolex, de sable échinococcique. On injecte donc avant l'ouverture une certaine quantité de formol ou de sublimé. Cette technique est-elle aussi applicable aux kystes du poumon ?

Ces kystes en effet ont des caractères spéciaux dus au voisinage des bronches. Vider le kyste d'abord et remplacer le liquide par une solution antiseptique, c'est s'exposer à voir la poche se rompre et le liquide inonder les bronches, comme nous le verrons à propos du lavage. L'injection d'une petite quantité de liquide à un titre plus élevé dans le kyste avant de le vider expose peut-être moins à la rupture immédiate : mais comme cette rupture est presque constante au cours de l'évacuation ultérieure, on risque de faire pénétrer dans les voies respiratoires supérieures un liquide très toxique pour l'épithélium délicat qui les tapisse.

M. Dévé a bien voulu nous donner oralement son avis à ce sujet : il considère sa méthode comme inapplicable dans les cas de kystes pulmonaires, préférant courir les chances d'une récurrence que celles d'une pénétration du liquide dans les bronches. Il a d'ailleurs exposé cette idée dans son article de la *Rev. de la Soc. méd. Arg.*, 1906.

Les kystes hydatiques de la plèvre, non ouverts dans le poumon, seraient les seuls justiciables de cette technique, si le diagnostic en était facile avant l'incision.

Cependant dans notre observation IV, après avoir vidé par

aspiration la majeure partie du liquide, on a injecté une petite quantité de solution formolée sans accidents. De même dans le cas de M. Walther (n° 57).

Quoi qu'il en soit, il reste utile de préserver autant que possible du contenu du kyste les parties voisines et pour cela le champ opératoire devra être encore plus soigneusement garni de compresses, lorsqu'on arrive sur la paroi adventice de l'échinocoque. On est autorisé à faire une ponction évacuatrice avant l'ouverture, mais à la condition de se tenir prêt à faire une large incision pour donner une issue rapide au liquide à la moindre menace d'inondation bronchique (toux, suffocation, etc...).

Si le kyste est suppuré, on se contentera de faire une incision large et de le débarrasser des membranes hydatiques plus ou moins sphacélées, qui encombrant généralement sa cavité.

Si le kyste n'est pas suppuré, il sera le plus souvent impossible d'en faire l'extirpation totale. La rigidité de la paroi thoracique s'oppose en effet au développement de kystes pédiculés, comme on en observe quelquefois sur la face inférieure du foie.

L'incision large du kyste suivie de l'extraction de la membrane mère est le procédé le plus généralement employé. On devra alors explorer soigneusement les parois de la cavité, pour se rendre compte s'il n'existe pas d'autres poches kystiques au voisinage de la première. Nous avons trouvé en effet dans les observations un nombre relativement grand de kystes multiloculaires.

Quant à l'énucléation par ablation de la membrane périkystique séparée par dissection du tissu pulmonaire avoisinant, elle est rarement possible. Elle expose à une hémorragie qui se comprend facilement, les travaux de Wechselsmann, Lendon, Dévé ayant montré que cette adventice est due non à une néoformation conjonctive, mais à une atrophie par refoulement du parenchyme environnant.

Cependant nous avons trouvé quelques cas, où il semble que

cette énucléation ait été faite. Ainsi Penrose et Kellock (n° 24) disent : « Le kyste adventice, qui était du volume d'une orange et plein de liquide hydatique, fut enlevé en même temps que le kyste véritable, qui était trouvé en état de collapsus et vide. »

Stschegolew (n° 31) dit qu'il résèque presque toute la paroi du kyste, mais est obligé d'en laisser un fragment trop adhérent de la grosseur d'un thaler.

Mais ces cas sont tout à fait l'exception.

§ 6. — **Traitement de la cavité laissée par l'ablation de la membrane mère.**

Lorsque la cavité pleurale ou pulmonaire a été débarrassée de la ou des membranes hydatiques qu'elle contenait, la conduite à tenir pour terminer l'opération peut varier suivant que le kyste était suppuré ou contenait un liquide limpide.

a) *Dans le cas de suppuration.* — La cavité doit être sans aucune discussion laissée largement ouverte. S'il n'y avait pas d'adhérences pleurales, on fera pour plus de prudence un second cercle de sutures unissant les bords de l'ouverture du kyste aux bords de l'incision pleurale et musculaire.

Un ou deux gros drains seront placés dans la cavité et s'il y a une tendance à l'hémorragie, on y ajoutera un tamponnement à la gaze.

Doit-on faire auparavant un lavage de cette cavité ? Si le kyste est uniquement pleural, le lavage n'offre aucun inconvénient. Mais il s'agit dans la majorité des cas de kystes pulmonaires, où des bronches sont ouvertes ou même sont susceptibles de s'ouvrir sous l'influence d'un lavage. Dans ces conditions le liquide de lavage peut pénétrer dans les bronches et y causer des accidents de la plus haute gravité. Nous avons recherché dans les observations que nous rapportons, quelle avait été l'influence du lavage : dans 21 cas cette technique fut employée au cours de l'opération et on ne mentionne pas d'accident. Le malade de Ritchie (n° 27)

rejette le liquide par la bouche, mais sans phénomènes inquiétants au dire de l'auteur. Mais en revanche dans l'observation d'Isaiah de Zouche (n° 88), l'injection de permanganate provoque des symptômes d'asphyxie imminente. Dans les cas de Potherat (n° 110), de Reid (nos 112 et 113), de Thomas (n° 161), les tentatives de lavage amènent de la toux et de la suffocation qui les font aussitôt suspendre. Enfin dans l'observation de Berger (n° 150), la troisième seringue d'une injection boriquée détermine la mort dans un accès de suffocation au cours de l'opération.

Le lavage est donc une méthode dangereuse et qui doit être abandonnée.

b) *Lorsque le kyste n'est pas suppuré.* — Le procédé le plus employé est celui de la marsupialisation suivant la méthode de Lindemann-Sanger-Landau pour les kystes hydatiques du foie. Les bords du kyste sont suturés aux muscles et à la peau par une nouvelle série de sutures qui protègent la cavité pleurale non seulement contre l'infection, mais encore contre le pneumothorax. Un ou deux drains sont placés dans la cavité kystique.

Pour les kystes du foie, il est une autre méthode, qui consiste à faire une suture sans drainage, soit en suturant simplement les lèvres de l'incision kystique (Bond, Thornton, Bobrow), soit après avoir capitonné les parois par une série de points (procédé de Pierre Delbet). Cette méthode a été utilisée aussi pour les kystes hydatiques de la plèvre et du poumon, surtout dans la République Argentine.

Nous l'avons retrouvée dans 21 observations en y comprenant celle de Wood (n° 56) où le drain fut enlevé au bout de 15 heures et où la réunion eut lieu par première intention. Les résultats publiés semblent être excellents : nous trouvons une seule mort, celle de Vegas et Cranwell (n° 62) ; il fallut faire le 8^e jour une incision qui donna issue à de la sérosité trouble, agrandir cette incision le 17^e jour et il sortit beaucoup de pus, enfin le malade mourut le 44^e jour. Nous manquons de renseignements sur le

cas de M. Walther, dont la suite de l'observation n'a pas encore été publiée.

Dans 3 cas la guérison eut lieu, mais après quelques accidents : le malade de Lemaire (n° 14) eut une pleurésie purulente secondaire ; dans le cas n° 50 (Vegas et Cranwell), il se produisit un pyopneumothorax deux mois après l'intervention. Dans un autre cas des mêmes auteurs (n° 48), il y avait une fistule persistante au bout de 8 mois, mais on l'opère de nouveau et « on rencontre à l'intérieur du poumon un morceau de gaze laissé par oubli dans l'opération antérieure ». Nous n'avons pas compté dans ces cas celui de Wood (n° 55), où la plaie fut « en partie suturée » et où l'on observa deux jours après de l'emphysème sous-cutané à son niveau.

Mais à côté de ces résultats défavorables, nous trouvons 16 cas où la guérison est mentionnée sans incident : ce sont les cas de Jonnesco (n° 13), de Wood (nos 54 et 56), de Vegas et Cranwell (nos 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52), de Arce (n° 1).

Cette statistique semblerait donc légitimer l'emploi de cette méthode, lorsque le kyste est aseptique et lorsqu'il n'y a pas de bronches s'ouvrant dans la poche. Arce dit n'avoir trouvé d'échec que dans 15 0/0 des cas.

Cependant nous croyons que pour la juger définitivement, de nouvelles observations sont encore nécessaires. L'infection secondaire est ici rendue trop facile par le voisinage immédiat des bronches. D'ailleurs, depuis l'apparition de son travail en 1901, les idées de Cranwell lui-même semblent avoir changé, et il ne pratique guère plus la suture sans drainage dans les kystes hydatiques du poumon.

Nous nous en tiendrons donc pour le moment à la technique de la marsupialisation, qui donne presque toujours d'excellents résultats.

§ 7. — Traitement de la plèvre et de la paroi thoracique.

Lorsque la cavité kystique a été ainsi vidée et marsupialisée, le lambeau cutané-musculaire sera rabattu, les côtes seront suturées, si l'on a fait une résection temporaire, et les extrémités de l'incision seront rétrécies par des points de suture musculaires et cutanés, la partie la plus déclive livrant passage au drain.

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de la plèvre ?

S'il s'agit d'un kyste primitif de la plèvre, ou bien secondairement ouvert dans celle-ci, le drainage de la séreuse se confond évidemment avec celui de la cavité kystique.

Il n'y a pas non plus à s'en préoccuper s'il existait des adhérences des deux feuillets pleuraux antérieures à l'opération.

Par contre si la plèvre était libre, bien que la région située au niveau du kyste ait été isolée par un ou plusieurs cercles de sutures, le reste de la cavité contient encore de l'air, et d'autre part est susceptible d'avoir été contaminée. D'où deux indications à remplir.

Si l'on ne draine pas la plèvre, il est préférable de faire disparaître le pneumothorax pour permettre au poumon de reprendre ses fonctions le plus tôt possible. Pour atteindre ce but, si l'on dispose d'un appareil de Sauerbruch ou Brauer, il est très simple, avant de terminer la suture, d'augmenter encore la différence de pression entre l'air bronchique et pleural de façon à ce que le poumon distendu vienne s'appliquer exactement contre la paroi thoracique. En l'absence de ces appareils on a proposé des procédés multiples. Giarré recommande d'attendre une expiration pour pratiquer le dernier point de suture, car à ce moment le thorax a une capacité moins grande. Antona provoque des accès de toux. M. Bazy fait de la respiration artificielle. Filehne remplace l'air par de l'oxygène plus facilement résorbable ; ce qui ne supprime pas immédiatement le pneumothorax. Witzel

pratique une petite ouverture à la partie supérieure de la plèvre et injecte par la première plaie de l'eau boriquée. Quand le liquide sort par la partie supérieure, tout l'air pleural est remplacé par du liquide ; il suffit alors de fermer la plaie supérieure et d'abaisser l'injecteur ; le liquide est évacué par le mécanisme du siphon. Mais ce procédé est compliqué, l'air peut pénétrer à nouveau en terminant la fermeture de la plaie inférieure ; enfin il expose plus facilement à une contamination. La technique la plus simple est celle de Delagenière ; une fois la plaie fermée, il pratique, au lieu d'élection de la thoracentèse, une ponction avec une aiguille reliée à un appareil expirateur ; l'aspiration débarrasse ainsi la plèvre, non seulement des liquides sanguins ou autres qui ont pu s'y accumuler, mais encore de l'air qui y est contenu. C'est la technique suivie dans notre observation I.

Cette suppression du pneumothorax suppose évidemment l'absence de drainage pleural. Mais ne serait-il pas plus prudent, par crainte de contamination, de drainer systématiquement la plèvre ? Lorsqu'il s'agit d'un kyste non suppuré, et même dans les kystes suppurés, si l'isolement de la cavité pleurale a été minutieusement pratiqué avant l'incision, le drainage de la plèvre semble inutile et même nuisible, car il expose à une infection secondaire par le drain. La lecture des observations montre que dans quelques cas, il est vrai, il y eut les jours suivants un petit épanchement purulent dans la plèvre ; mais cette complication est rare, et le drainage secondaire par l'opération de l'empyème en eut d'ailleurs vite raison. Le drainage pleural sera donc réservé aux cas de kystes opérés, où l'on a lieu de soupçonner la contamination de la plèvre. On n'oubliera pas dans ces cas qu'il doit toujours porter sur la partie la plus déclive de la cavité pleurale.

Que le drainage porte en même temps sur la plèvre ou uniquement sur le kyste, on a essayé dans certaines observations de faire un drainage aspiratif. Ce drainage offre l'avantage d'une

part d'assurer l'évacuation des exsudats qui vont se produire et d'autre part de supprimer le pneumothorax si le drainage est pleural, de tendre à rapprocher les parois de la poche s'il porte sur celle-ci.

Disons immédiatement que ce drainage devient tout à fait impossible lorsque la poche communique largement avec une bronche, car l'air pénètre constamment dans la cavité où l'appareil tend à faire le vide. Et c'est pourquoi nous voyons le siphon de Revillod se désamorcer complètement chez le malade d'Ollivier, Cerné, Devé (n° 103).

En dehors de ces cas, le drainage aspiratif nous paraît une bonne méthode, s'il est établi aseptiquement.

Cette question du drainage aspiratif a été surtout étudiée pour le traitement des pleurésies purulentes. De nombreux appareils ont été employés pour le réaliser et on peut les diviser en trois groupes.

1° *Appareils à aspiration par siphonnage.* — Ce sont les plus simples. Ils ont été employés par Robertson, Peyrot, Tachard, Frantzel, et surtout par Revillod. La plaie est fermée aussi hermétiquement que possible autour du drain. L'extrémité inférieure de ce drain traverse le pansement et est raccordée à un tube de caoutchouc, qui vient plonger dans un bocal d'eau placé au pied du lit. L'amorçage du siphon est fait par une poire placée sur le trajet du tube ; on peut obtenir ainsi une diminution de pression assez considérable, et il suffirait pour la mesurer de remplacer l'extrémité inférieure du tube de caoutchouc par un tube de verre assez long plongeant dans l'eau ; la différence de niveau de l'eau dans le tube et dans le bocal indiquerait le degré de pression négative dans la plèvre.

2° *Appareils à aspiration par ventouses.* — Vigenand avait proposé en 1890 l'aspiration par une ventouse où il faisait le vide. Mais ce n'était là qu'une aspiration intermittente. Evler, d'après Willems, emploie un appareil avec soupape à ressort.

Mikulicz place sur la plaie une cloche de verre où l'on fait le vide, rappelant les appareils à aspiration de Bier-Klapp.

Enfin MM. Quénu et Longuet ont proposé un aspirateur se rapprochant de celui de Bigelow.

3° *Appareils à aspiration par trompe à eau.* — Dans l'appareil de Perthes, le drain vient aboutir à un réservoir d'où part un tube branché sur une trompe à eau. Un manomètre est intercalé sur le parcours.

Pour les cas où il n'y a pas de distribution d'eau, Storck fait aboutir le drain à un flacon rempli d'eau, avec une tubulure inférieure, par où cette eau s'écoule librement.

L'appareil de Seidel est le même que celui de Perthes. Mais le tube aspirateur ne plonge pas directement dans la plèvre : il part d'une cloche appliquée sur la plaie, et le couvercle de cette cloche est mobile autour d'une charnière, pour pouvoir pratiquer un tamponnement dans le cas de plaie laissée largement ouverte.

§ 8. — Soins consécutifs.

Nous n'insisterons pas sur les soins consécutifs : ils sont ceux de toute opération.

Lorsque le kyste est marsupialisé, les pansements seront fréquents, car il s'écoule souvent de la poche un suintement assez considérable. Nous rappelons qu'il faut s'abstenir de lavages dans l'intérieur de la cavité kystique. Dans notre observation I on remplaça le lavage par un courant d'oxygène, que l'on faisait passer dans la poche à l'aide du drain et d'une canule.

Nous avons retrouvé dans les observations publiées un bon nombre de cas, où l'on observa l'issuedans les jours suivants de vésicules hydatiques passées inaperçues au cours de l'opération.

L'emploi des antiseptiques bronchiques, en particulier de l'hyposulfite de soude à l'intérieur, trouve une indication dans le traitement des kystes pulmonaires après l'intervention.

§ 9. — Complications opératoires.

Le traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon comporte un certain nombre de complications, qui peuvent survenir soit au cours de l'intervention, soit dans les jours suivants, soit plus tard.

a) *Complications pendant l'opération.* — 1° Il peut arriver qu'on ne trouve pas le kyste par la palpation, ni même par la ponction ; une incision exploratrice du poumon pourra être tentée sur quelques centimètres et le doigt y est introduit pour chercher à sentir le kyste ; c'est ce qui fut fait sans résultat d'ailleurs dans notre observation III. Le plus prudent est alors de s'en tenir là en laissant la plaie ouverte ; les jours suivants on peut espérer voir le kyste s'ouvrir spontanément dans le trajet ; il en fut ainsi dans l'observation de Duguet et Varnier (n° 59) ; dans celle de Reid (n° 114) la première vésicule n'apparut dans le pansement que six semaines après l'intervention. On pourra aussi les jours suivants examiner le malade à la radioscopie en plaçant dans le trajet un cathéter opaque aux rayons X ; on se rendra compte ainsi de la situation du trajet par rapport au kyste.

2° Nous rappelons pour mémoire les accidents dus au pneumothorax et n'y reviendrons pas, ayant déjà étudié les moyens d'y remédier.

3° Les autres complications graves sont la rupture du kyste dans les bronches et l'hémorragie.

La rupture dans les bronches, lorsqu'elle n'existe pas déjà, est un accident fréquent au cours de l'intervention. Les manipula-

tions du poumon, la diminution de la tension de la poche par un début d'évacuation provoquent la déchirure et la pénétration du liquide dans les bronches. Nous la trouvons signalée dans les cas de Delbet et Braquehay (n° 82), de Méry et Rieffel (n° 156), de Thomas (n° 161), etc... Dans un cas de Becker même la pénétration du liquide dans les bronches et l'aspiration de ce liquide par le poumon sain déterminèrent la mort sur la table d'opérations (n° 226).

Lorsque cet accident se présente, le mieux est de vider le plus rapidement possible la poche kystique au dehors par une ouverture large. On suspendra provisoirement l'anesthésie et l'on fera au besoin la respiration artificielle.

4° L'hémorragie peut venir du tissu pulmonaire traversé et nous en avons trouvé plusieurs observations rapportées. Elle est alors en général facile à arrêter par la ligature ou le tamponnement.

Mais parfois elle provient de la rupture d'un gros vaisseau dans le kyste. Il en était ainsi dans le cas de C. Hinder (n° 60). Après évacuation d'une certaine quantité de liquide limpide, il sortit par l'ouverture pratiquée au kyste un flot de sang rutilant, en même temps que la malade en rejetait par le nez et la bouche. Elle mourut d'hémorragie très rapidement. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une rupture d'une grosse artère dans le kyste.

Ces cas sont évidemment impossibles à prévoir, et d'ailleurs ici la rupture et la mort se seraient produites vraisemblablement les jours suivants d'une façon spontanée si l'intervention n'avait pas été pratiquée.

Nous croyons cependant que la malade de C. Hinder aurait retiré des avantages d'une technique un peu différente de celle qui a été suivie. Si au lieu de réséquer un pouce seulement d'une seule côte, on avait fait un grand lambeau avec résection de deux côtes au

moins et sur une certaine étendue, on n'aurait pas opéré au fond d'un puits étroit ; dès l'apparition du sang on aurait pu agrandir largement l'ouverture du kyste et peut-être aller mettre le doigt, un tampon, ou une pince à demeure, sur le vaisseau qui donnait.

Ces cas sont du reste heureusement rares au cours des interventions.

5° Signalons enfin comme complication immédiate le fait suivant noté par Reboul (n° 26) dans un kyste primitif de la plèvre : ayant introduit la main jusque dans la gouttière costo-vertébrale, il se produisit une syncope que l'auteur attribue à l'irritation du grand sympathique ou du pneumogastrique.

b) *Complications dans les jours suivants.* — Dans les jours consécutifs à l'opération, on peut encore observer des hémorragies plus ou moins abondantes : un malade cité par Vegas et Cranwell eut une hémoptysie assez grave ; il guérit cependant (n° 136).

Mais les accidents les plus fréquents sont l'intoxication hydatique et l'infection.

Parmi les troubles dus à la résorption des quelques gouttes de liquide qui restent en contact avec la plaie, l'un des plus fréquents est l'urticaire. L'éruption se développe en général du 5° au 7° jour, s'accompagnant de fièvre : elle apparut le 6° jour dans le cas de Giarré (n° 9), « quelques jours après » dans celui de Poirier (n° 108), le 7° jour dans celui de Hérczel (n° 12), et dans ce dernier les accidents durèrent trois semaines. Nous-même avons noté une violente poussée d'urticaire généralisée, le 3° jour chez notre malade de l'observation I. Elle dura pendant trois quarts d'heure, s'accompagnant d'une dyspnée très intense, comme s'il y avait une poussée d'enanthème sur la muqueuse respiratoire.

Chez ce malade l'intoxication hydatique se traduisit en même temps par de l'agitation très marquée et des cauchemars qu'il était impossible de mettre sur le compte de l'éthylisme, le malade étant très sobre.

Dans un cas de Morquio (n° 61), la mort survint 34 heures après l'opération, précédée de dyspnée, de cyanose, de température à 39 et 40°, de pouls petit et rapide, de vomissements bilieux puis noirâtres. L'autopsie fut pratiquée. L'auteur attribue la mort à une intoxication hydatique.

L'infection est un accident plus fréquent encore, qui s'observe non seulement dans les kystes déjà suppurés, mais aussi dans ceux non suppurés.

Elle peut siéger sur le poumon et sur la plèvre.

Du côté du poumon elle se traduit par de la pneumonie, de la bronchopneumonie, et elle est alors justiciable du traitement médical. Il est beaucoup plus rare de voir survenir un abcès du poumon au voisinage de la cavité kystique ouverte.

Du côté de la plèvre, si celle-ci n'était pas adhérente, on voit se produire assez souvent un épanchement purulent, se traduisant par de la fièvre et les signes ordinaires de cette affection et parfois par des symptômes de pyopneumothorax. Cette complication devra être traitée comme toute pleurésie purulente par le drainage, le plus souvent au moyen d'une nouvelle résection costale au point déclive.

Dans quelques cas, les phénomènes infectieux furent assez graves pour déterminer la mort du malade par une véritable septicémie (Cas de Cary et Lyon, n° 58, de Vegas et Cranwell, n° 62).

c) *Complications tardives.* — Après les interventions pour kystes hydatiques du poumon, surtout lorsque ce kyste était volumineux, la rétraction des tissus pour combler la cavité détermine souvent des déviations du thorax et du rachis. La scoliose est citée dans l'observation de Boucabeille (n° 75). Mais la déformation est surtout très marquée chez la petite malade de Malbot (n° 98) : il y a une véritable disparition de tout le poumon avec hypertrophie compensatrice du poumon opposé ; cette déformation était cependant compatible avec une vie tout à fait normale.

Lorsque le kyste est volumineux, la longue durée de la cica-

trisation pourrait être diminuée par l'emploi des différentes méthodes de thoracoplastie utilisées dans le traitement des pleurésies purulentes chroniques et sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre.

Cette durée de la cicatrisation dans les cas de marsupialisation varie de un à quatre mois. Dans un cas de Reid (n° 113), on ne put enlever le drain qu'au bout de 7 mois sous peine de voir se produire à chaque tentative des accès de suffocation dus à la rétention du pus et à sa pénétration dans les bronches ; le malade guérit cependant sans fistule.

Mais une des complications les plus fréquentes est la persistance d'une fistule broncho-cutanée. On voit au niveau de la cicatrice opératoire un orifice plus ou moins large, situé en général au fond d'une dépression, et par où s'échappe de l'air avec bruit, si l'on dit au malade de tousser. Le stylet introduit dans cette fistule conduit parfois très loin, à 14 centimètres dans le cas de Bucquoy (n° 74) ; d'autres fois le stylet est arrêté par le trajet tortueux de la fistule.

Nous avons trouvé la persistance de la fistule dans 12 cas (nos 3, 9, 22, 66, 74, 83, 86, 92, 117, 128, 173, 204).

Dans la plupart d'entre eux elle ne déterminait aucun trouble fonctionnel, à tel point que beaucoup de malades ne veulent pas se laisser opérer comme celui de M. Launay (n° 92). Taptas (*Gaz. méd. d'Orient*, 1904) rapporte même une observation où le malade pouvait respirer facilement et pendant longtemps par sa fistule en fermant la bouche.

Cette fistule peut d'ailleurs être fermée par une intervention secondaire : le malade de M. Quénu (n° 204) avait conservé une fistule à la suite d'une opération pour kyste hydatique du poumon. M. Quénu lui fit, 4 mois 1/2 après, l'oblitération de sa fistule par « résection en cône d'une partie du tissu cicatriciel ; deux fils de catgut furent passés dans le tissu pulmonaire et fermèrent à ce niveau la fistule par une suture en bourse ; puis un

lambeau assez long et large fut taillé au-dessus et amené sans traction sur les tissus avivés, recouvrant la place de la fistule ; son extrémité ne fut pas suturée, de sorte que celle-ci, au lieu d'être tendue comme un voile au-dessus de la dépression, put s'y appliquer librement et complètement. Un autre lambeau fut ramené sur les côtes et couvrit complètement la perte de substance ». Ce malade opéré en 1897 guérit parfaitement ; nous avons eu l'occasion de constater que sa guérison se maintient et que son état général et local est excellent.

Escudero a insisté sur la tuberculose pulmonaire consécutive, qui serait favorisée par un long drainage ; elle aurait une évolution rapide et un pronostic sombre.

Nous avons donné plus haut (p. 39) les résultats des statistiques d'opérations dans les kystes hydatiques non suppurés et suppurés. Nous terminerons cette étude des complications opératoires en groupant les cas qui se sont terminés par la mort et montrant quelle a été la cause de celle-ci.

Sur 62 kystes *non suppurés* nous trouvons cinq cas de mort qui doivent être attribués aux causes suivantes :

Hémorragie pendant l'opération : 1 cas (n° 60) ;

Intoxication hydatique : 1 cas (n° 61) ;

Infection : 2 cas, mort après 44 jours (n° 62) ; mort après 2 mois 1/2 (n° 58) ;

Tuberculose miliaire développée consécutivement à l'opération : 1 cas (n° 59).

Sur 103 kystes *suppurés*, 19 se sont terminés par la mort, attribuable à :

Lavage de la poche, mort pendant l'opération : 1 cas (n° 150) ;

Accidents cardiaques : 1 cas (n° 152) ;

Epuisement, collapsus, malades opérés trop tard : 4 cas dont 1 pendant l'opération (n° 155) et 3 les jours suivants (n°s 159, 161 et 165) ;

Hémorragie secondaire : 1 cas (n° 163) ;

Accidents infectieux divers : 4 cas (n°s 148, 149, 151, 154) ;

Syncope et mort subite un certain temps après l'opération : 2 cas (n°s 153 et 160) ;

Kystes multiples : après la première intervention, on opère un kyste du foie, puis un kyste suppuré du foie ouvert dans la plèvre ; état général grave ; à l'autopsie on trouve encore des kystes non ouverts : 1 cas (n° 157).

Dans les 5 autres cas la cause de la mort n'est pas nettement indiquée.

Cette statistique nous montre que sur 19 cas de mort, dont la cause est connue, un est dû à une mauvaise technique (lavage de la poche) ; 5 au moins sont dus à ce que le malade a été opéré trop tard ; un sixième peut être rattaché à la même cause, car si le malade de C. Hinder avait pu être opéré plus tôt, il est vraisemblable qu'il n'aurait pas eu une ulcération aussi considérable de la bronche et de l'artère pulmonaire.

Nous devons donc conclure que l'intervention doit être faite le plus tôt possible, aussitôt le diagnostic posé. Attendre, c'est exposer le malade aux dangers de la rupture bronchique ou vasculaire ; c'est permettre un accroissement du volume du kyste, une suppuration presque fatale, d'où résulterait, si l'on est acculé à l'opération, un pronostic immédiat plus grave, une cicatrisation plus longue, une déformation thoracique ultérieure plus considérable.

OBSERVATIONS

I. — Kystes non suppurés traités par thoracotomie.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEXE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
A. — Guérisons.							
1 JOSÉ ARCE, <i>Revista de la Sociedad medica Argentina</i> , 1908, XVI, p. 5-27.	25	H	Kyste du lobe inférieur du poumon gauche.	Début classique par douleur, petites hémoptyses, toux. Signes physiques positifs en arrière. Radiographie nette.	Réssection temporaire des 8 ^e et 9 ^e côtes gauches. Plevre non adhérente. Pneumothorax. Traversée de 1 cent. de parenchyme pulmonaire, kyste du volume d'un œuf d'autruche. Incision. Extraction de la membrane mère. Suture sans drainage. Drainage préventif de la plèvre.	Cicatrisation régulière. 22 jours après, la radiographie ne montre plus d'ombrage anormale.	Guérison. Le malade retourne chez lui 39 jours après l'opération. Guérison persistante 20 mois après.
2 ALBERTINEL BARON, <i>Soc. des Sciences méd. de Lyon</i> , 13 janvier 1909, <i>Lyon médical</i> , 11 avril 1909, n° 15, p. 763.	F		Kyste de la partie supérieure du poumon droit, indépendant d'un kyste du foie concomitant.	A la radioscopie on constate nettement les contours des 2 ombres qui se chevauchent sans se confondre.	Réssection des 6 ^e , 5 ^e et 4 ^e côtes dans leur portion intermédiaire à l'omoplate et au rachis. Ponction: liquide clair. Incision. Ablation de la poche du volume d'un gros poing. Drainage.	Suites sans incidents.	Guérison constatée à la radiographie. Persistance du kyste hépatique non opéré.
3 F. BINDI, <i>Gazzetta degli Ospedali</i> , 1907, n° 30, p. 312-315.	60	H	Kyste de la base du poumon droit.	Souffre des bronches depuis 28 ans. Bronchite plus marquée il y a 8 mois, avec signes de pleurite. Voussure, matité, silence dans la fosse sous-épineuse. Ponction exploratoire la veille de l'opération.	Lambeau à convexité inférieure sur la partie postéro-latérale. Réssection de 8 cent. des 7 ^e et 8 ^e côtes. Incision de la plèvre. On voit aussitôt la paroi du kyste. Ponction. Trois litres de liquide.	Le kyste paraît ouvert dans la plèvre, ou développé dans elle, bien que ce ne soit pas mentionné.	Guérison persistant depuis six mois, avec fistule « très réduite ».

p. 165.	intervention à l'aide du liquide clair.	Lavage boriqué.	sorti en entier.	sissant 6 mois après.
5 COURTIN, <i>Gaz. hebdomadaire de Bordeaux</i> , 1904, p. 248.	F 30 Kyste de la base du poulmon droit.	Voussure de la base droite. Vomiques d'hydatisides. Amaigrissement.	3 semaines après, la membrane mère est expulsée spontanément.	Guérison. Mais 3 mois après, mort subite de cause inconnue.
6 DELAGENIÈRE, <i>Soc. de chir.</i> , juin 1893.	F 36 Kyste du poulmon gauche ouvert dans la plèvre.	Deux ponctions : liquide clair.	Incision. Ouverture facile de la poche, d'où sortent du liquide eau de roche et des vésicules filles. Volume d'une « coiffe de chapeau ».	Guérison sans fistule.
7 GEORGESCO CARPATIANO, <i>Th. de Paris</i> , 1899.	H 45 Kyste primitif de la plèvre gauche.	Début il y a un an, par signes de pleurésie sèche. Il y a un mois, apparition d'une tumeur allongée longue de 20 cent. dans la région thoracique gauche et postérieure, fluctuante. Ponction exploratrice, liquide limpide.	Incision sur la tumeur. Evacuation de liquide jaunâtre limpide. On voit entre les 6 ^e et 7 ^e côtes une petite saillie ronde du volume d'une noix, la première tumeur étant enlevée. On n'y touche pas. Pansement. Quatre mois après, récurrence de la tumeur. Incision. Issue de membranes. La tumeur s'enfonce dans la paroi thoracique. Résection des 6 ^e et 7 ^e côtes. La plèvre est évacuée. On voit le poulmon. Lavage. Drainage.	Lavages les jours suivants. Un an après, à la suite d'une grippe, formation d'une collection séreuse au niveau de la cicatrice : ouverture. Guérison.

Kystes non suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEX	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
8 N. GIANNETTI, 1910, <i>Gazzetta degli Ospedali</i> , 1904, p. 742-744.	26	H	Kyste de la base du poumon gauche.	Début il y a 2 ans par douleurs et signes de pneumonie. Puis toux faisant faire le diagnostic de la tuberculose. Hémoptyses. Il y a 1 an rejet de membrane. Il y a 1 mois, signes de pleurésie. Matité et silence à la base gauche. Deux ponctions : négatives.	Incision dans le 8 ^e espace. Résection de 7 ^e et 8 ^e côtes. Rien dans la plèvre. Mais une tumeur fait saillie. Ponction, liquide limpide. Suture de deux feuillets pleuraux au calgut autour de la tumeur. Incision au thermo-cautère. Issue de liquide. Petite hémorragie arrêtée par tamponnement à la gaze iodoformée.	Le soir fièvre. Le 3 ^e jour on enlève la mèche, et on extrait le kyste qui est un kyste à développement exogène.	Guérison persistant depuis un an 1/2.
9 G. GARRÉ, <i>Riv. crit. di clin. med.</i> , 1902, p. 6.	7	F	Kyste du lobe supérieur du poumon droit, du volume d'une tête de fœtus à terme.	Début il y a 40 mois par hémoptysies répétées. Diagnostic : tuberculeux ou syphilitis. Il y a 1 mois dyspnée, toux, voussure à droite, avec matité et silence. Deux ponctions exploratrices : liquide limpide, 2 autres négatives.	29 mai. — Incision dans le 7 ^e espace et résection de 4 cent. de la 8 ^e côte. Pas d'adhérences pleurales. Suture des feuillets pleuraux faite après incision du feuillet pariétal. 4 juin. — Incision au bistouri. On traverse 2 cent. de tissu pulmonaire. Le kyste est ouvert, la membrane excavée. Drainage.	6 ^e jour : urticaire	Guérison persistant depuis 5 mois. Il reste une fistule de 8 cent. Pas de scoliose.

10) GOSSET et RIST. — Voir observation IV de notre thèse.

11) GOSSET et RIST. — Voir observation V de notre thèse.

gauche. no 3, col. 66. <i>med. Presse</i> , 1901.			liquide eau de roche. Il y a à peine quelques filaments établissant des adhérences de la plèvre. Incision large et suture qui permet d'éviter le pneumo- thorax. Ablation de la membrane mère. La cavité com- muniquait avec une bron- che. Mèches.	monstre un pou- mon normal.
13 JONNESCO, <i>Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bu- caresc</i> , janvier 1906, p. 138.	Kyste du poumon gauche.	Diagnostic fait par une ponction et confir- mé par une radio- graphie.	Incision de 12 cent., pa- rallèle aux côtes dans l'aisselle. Résection d'une côte. Plèvres ad- hérentes. Incision de 4 cent. de tissu. On arrive dans le kyste d'où s'écoule un liquide limpide. Ablation de la mem- brane - mère. Suture sans drainage.	Guérison. Mais l'observation est publiée 38 jours seulement après l'interven- tion.
14 LEMAIRE, Th. de Pa- ris, 1903, obs. 41.	Kyste du sommel droit.	Eosinophiles 8 0/0 Radioscopie : ombre nette et arrondie.	Résection des 2° et 3° cô- tes. Il n'est pas parlé d'adhé- rences. Ablation de la membrane-mère. Suture sans drainage.	Guérison.
			Pleurésie puru- lente secondai- re, qui nécessi- te d'abord une réouverture de la poche le 4- jour, puis une résection de la 9° côte quelques jours après. Urticaire le 3° jour.	

Kystes non suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
15 LEONARDI, <i>Clinica chirurgica</i> , 1905, p. 207-217.	H	42	Kyste de la base du poulmon gauche, du volume d'une tête de fœtus à terme.	Début il y a 2 ans par bronchite, puis hémoptysie. Il y a un rejet d'une membrane. Depuis constamment malade. Voussure à gauche, avec matité et silence. Ponction expl. : eau de roche.	Lambeau en T convexe en bas. Résection des 8 ^e et 9 ^e côtes. La plèvre épaissie est incisée; on ne peut voir s'il y a des adhérences, on suture par prudence. Sur le poulmon, fluctuation. Ponction expl. Incision au thermo, sur 2 cent. de profondeur jusqu'au kyste. Celui-ci est vidé par aspiration et la poche enlevée. Tamponnement.	Toux et expectoration les premiers jours. Le 10 ^e jour on suture le pourtour du lambeau, et on fait une incision à sa base, pour passer par là le tamponnement, et arriver plus directement au kyste.	Guérison. Cependant 3 ans après, suppuration et issue d'une vésicule développée dans la cicatrice.
16 A. LUFF, <i>The Lancet</i> , 1896, p. 1134.	F	30	Kyste pleural volumineux gauche.	Simule un kyste du foie, car occupe région épigastrique, les 2 hypochondres et tout le côté gauche du thorax. Il y a eu vomique limpide.	Laparotomie médiane sub-ombilicale. Ouverture du kyste. On s'aperçoit que le kyste est pleural, refoulant le foie qui est indépendant. Drainage.		Guérison.
17 MORQIO, <i>Arch. de Méd. des Enfants</i> , oct. 1908, p. 657-681, obs. 3.	M	6	Kyste du poulmon droit et kyste du foie.	A la radiographie les 2 ombres sont nettement isolées.	Résection de la 4 ^e côte en avant. Suture de la plèvre. Incision du poulmon au thermo. Issue de liquide clair.	Syncope pendant l'évacuation du kyste.	Guérison. Le malade sort 2 mois après.
18 MORQIO, <i>Ibid.</i> , obs. 4.	M	7	Kyste du poulmon gauche, volumineux.	Voussure thoracique. Déviation du cœur et de la rate. Radioscopie nette.	Résection de 4 à 5 cent. de la 6 ^e côte. Suture de la plèvre. Incision du kyste au thermo. Issue de liquide clair.	Syncope au moment de la résection costale. Hémoptysie après.	Guérison.

20	MORCHIO, <i>Ibid.</i> , obs. 9.	M 14	Kyste du poumon droit.	Signes physiques très marqués. Radiogra- phie nette.	Incision sur la ligne axil- laire postérieure. Resec- tion de la 7 ^e côte. Suture de la plèvre. Ouverture du kyste au thermo.	Guérison.
21	MOSLEN et VOET, <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1883, p. 601.		Kyste du poumon droit.	Diagnostic fait par l'expectoration.	Réséction de la 4 ^e côte. Plèvre adhérente à ponctions expl. négat- ives. 1 an après, ou- verture du kyste. La- vage.	Guérison en 3 mois.
22	DE NICOLA, <i>Clinical surgery</i> , 1901, p. 773-788.	H 26	Kyste du lobe in- férieur gauche.	Opéré il y a 3 ans d'un kyste du lobe droit du foie, puis il y a 2 ans d'un kyste du lobe gauche. Depuis 3 mois, dou- leurs thoractiques et toux. Voussure gauche, ma- lité, silence respira- toire. 2 ponctions expl. : li- quide limpide. Une 3 ^e : liquide pleural.	Incision de 12 cent. dans le 10 ^e espace sur la par- tie postérieure, transfor- mée en incision en U. Réséction temporaire des 10 ^e et 9 ^e côtes. Is- sue d'exsudat pleuréli- que. Le kyste apparait. Inci- sion. Ablation de la membrane mère. La po- mme communique avec les bronches. Marsu- pialisation. Tamponne- ment.	Guérison depuis 6 ans, mais avec persistance d'u- ne fistule où s'ouvrent plu- sieurs bronches.
23	PAGENSTEDTER, <i>Me- dical Press</i> , 19 sept. 1894.	H 9	Kyste du lobe in- férieur gauche.	Diagnostic : pleurésie purulente tubercu- leuse.	Réséction de la 10 ^e côte. Il s'écoule 10 onces de liquide. A la partie inf. du lobe inf., on aper- çoit une saillie qui est ponctionnée. Il s'é- chappe du liquide clair. On extrait un kyste du volume du poing, uni- que.	Guérison en 3 mois

Kystes non suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (*suite*).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEX	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
24 PENROSE et KELLOCK, <i>The Lancet</i> , 1898, t. II, p. 992-993.	5	F	Kyste de la base du poumon droit.	A toujours eu des bronchites, vient avec des signes d'épanchement pleural à la base droite, limité par une ligne convexe en haut. Ponction : liquide clair. Le même jour, intervention.	Incision. Résection de 1 pouce 1/2 des 6 ^e et 7 ^e côtes sur la ligne axillaire post. Adhérences pleurales en arrière et en bas, pas en haut. Ponction du poumon : liquide clair. Incision. Le kyste adventice est enlevé en même temps que la membrane mère. Marsupialisation. Tamponnement.	La malade eut à 3 reprises, les jours suivants, du liquide clair, sans crochets par le rectum.	Guérison en 1 mois.
25 POAILLON, in th. RICHIEROUE, Paris.	48	F	Kyste du poumon gauche.	Diagnostic : pleurésie purulente.	Opération de l'empyème dans le 8 ^e espace. Le malade en toussant expulse 3 litres de liquide eau de roche et des vésicules, 2 drains.		Guérison.
26 REBOUT, <i>Gazette des Hôp.</i> , 1893, p. 1238-1241.	29	H	Kyste multiloculaire primitif de la plèvre droite.	A 20 ans, pleurésie ou pneumonie. A 24 ans, commence à se plaindre du côté. A 26 ans, broncho-pneumonie. A 27 ans, accès de suffocation. Il y a 8 mois, signes de pleurésie avec épanchement. Il y a 4 mois, apparition de tumeurs dia-	Incision de 10 cent. verticale sur la tumeur sup. Liquide séreux. La poche s'enfonce dans le thorax. Membrane hydatide. Incision continuée sur la tumeur inf., liquide eau de roche. Résection de 5 à 6 cent. des 5 ^e et 6 ^e côtes, et réunion des 2 cavités. Ouverture de 2 nou-	Le poulmon paraît sain. Lavage. Drainage. Les jours suivants, expulsion de quelques hydatides. Fistule fermée après 3 mois.	Guérison. Cependant, quelques jours avant la publication de l'observation, on a ponctionné un nouveau kyste limpide à la base du thorax droit.

27	RITCHIE, <i>Intercolon. med. Journ.</i> , 1898, p. 605.	H	28	Kyste de la base du poumon gauche.	Ponction : liquide clair.	Opération quelques jours après. Résection de la 9 ^e côte. Plèvres adhérentes. Incision du parenchyme pulmonaire, jusqu'au kyste. Extirpation. Drainage.	Tous les lavages pratiqués par le drain sont rendus par la couche.	Guérison retardée par un érysipèle et une grave hémoptysie.
28	ROBINSON, <i>British med. Journ.</i> , 1899, t. I, p. 663.	H	28	Kyste du lobe supérieur droit.	Opéré d'abord d'un kyste du foie. Des ce moment on avait fait aussi le diagnostic de kyste pulmonaire. La radiographie montrait une ombre très dense.	Résection de la 2 ^e côte. Plèvres adhérentes. Ponction. Incision : liquide clair. Extraction de la membrane mère du volume d'une orange, unique. Aucune communication bronchique. Drain.	Fièvre pendant quelques jours. 10 ^e jour : drain remplacé par une mèche.	Guérison complète le 34 ^e jour.
29	SANTUCCI, <i>Gazzetta degli Ospedali</i> , 1904, p. 1573.	F	14	Kyste du poumon droit.	Début il y a 3 ans par douleur et fièvre ; diagnostic de pleurésie exsudative. Voussure droite, en avant, avec matité plus haute en avant qu'en arrière. Silence respiratoire. Eosinophiles 30 0/0. Ponction exploratrice : eau de roche. Elle provoque fièvre et urticaire.	Incision de 10 cent. dans l'aisselle. Résection de 6 à 7 cent. de la 7 ^e côte. Plèvres non adhérentes. Ouverture : le poumon tend à faire saillie dans la brèche pleurale. Incision au thermo-cautère, après suture des feuillets pleuraux. Enucleation du kyste. Marsupialisation. Ramponnement.	Suites d'abord apyrétiques, puis fébriles, puis de nouveau apyrétiques.	Guérison complète persistant depuis 5 mois.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
30 TITO SCARONE, <i>Gazzetta degli Ospedali</i> , 1901, n° 99 Obs. V.	H	33	Kyste du poumon droit.	Début il y a 2 ans par toux et hémoptysies. Il y a 2 mois vomique de liquide clair et de membranes. Matité à la base.	Incision convexe en bas sur la partie antéro-laterale. Résection des 5 ^e , 6 ^e , 7 ^e côtes sur une longueur de 8 à 10 cent. Plevres adhérentes. Incision du kyste au bistouri. Issue de liquide clair. Ablation de la membrane-mère. Marsupialisation. Tamponnement.	Les jours suivants on constate qu'une bronchite est ouverte dans la cavité.	Guérison. Le malade sort 1 mois 1/2 après avec une cavité réduite au volume d'un œuf.
31 STSCHEGOLEW, <i>Zentralblatt f. Chir.</i> , 1907, n° 27, p. 806.	H	23	Kyste du lobe supérieur du poumon gauche du volume d'une orange.	Début il y a 8 mois.	Lambeau de 11 cent. de large à base claviculaire. Résection de la 2 ^e côte. Plevres non adhérentes. Suture par le procédé de Roux. Puis incision de la pleure. Incision du poumon sur 1 cent. de profondeur. Evacuation du contenu du kyste. Résection partielle du sac. Tamponnement.	Au 8 ^e jour apparition d'une pleurésie purulente qui nécessite une résection de la 8 ^e côte au 12 ^e jour.	Guérison après 2 mois.
32 STEINER, <i>Zentralblatt f. Chir.</i> , 1898, p. 23.	F		Kyste dans chacun des deux poumons et kyste du foie.	Ponction exploratrice: liquide clair.	Résection des 7 ^e et 8 ^e côtes gauches. Suture des feuillets pleuraux. Incision du poumon. Ablation d'une vésicule.	Bronchopneumonie consécutive.	Guérison.
33 D. THOMAS, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1889, p. 305.	H	33	Kyste de la base du poumon gauche.		Incision sur la ligne axillaire postérieure. Résection de la 3 ^e côte. Ponction exploratrice: liquide clair. Incision agran-		Guérison complète en 6 semaines.

34	D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	H 21	Kyste de la partie inférieure et antérieure du poumon droit.	Ponction dans le 4 ^e espace. Elle est suivie de signes d'hydropneumothorax et de symptômes inquiétants.	Incision en arrière dans le 10 ^e espace. Issue du kyste. Drain.	Soulagement rapide.	Guérison complète.
35	D. THOMAS, <i>Austral. med. Gazette</i> , mai 1888.	H 6	Kyste du poumon droit.	Ouvert dans la plèvre avec signes de pneumothorax.	Incision dans le 8 ^e espace. Pas d'odeur des gaz ni des liquides qui sortent de la plèvre.	5 semaines après l'issue spontanée du kyste.	Guérison en moins de 2 mois.
36	D. THOMAS, <i>Austral. med. Gaz.</i> , juin 1888.	H 19	Kyste du poumon droit.	Ouvert dans la plèvre. Épanchement à la base.	1 ^{re} opération. — Incision dans le 8 ^e espace en arrière. Il sort une quantité considérable de liquide, emprisonné par des adhérences à la partie supérieure. Il apparaît dans la suite des signes de pneumothorax supérieur. 2 ^e opération. — Incision dans le 3 ^e espace et contre-ouverture dans le 6 ^e , juste au-dessus de la ligne d'adhérences.	Le kyste sort après la 2 ^e opération.	Guérison complète en 2 mois.
37	TUFFIER, <i>Congrès de chir.</i> , 1896 et <i>Gaz. des hosp.</i> , 1896, p. 1247.	H	Kyste du lobe inférieur du poumon droit.	Le diagnostic de kyste hydatique est fait, mais on hésite entre la localisation hépatique ou pulmonaire.	Incision oblique de 15 cent. effleurant en haut la 10 ^e côte Ouverture du péritoine. Rien au foie. Suture. Résection des 9 ^e et 10 ^e côtes. Ouverture de la plèvre produisant un pneumothorax. Suture des feuillets pleuraux. Extraction du kyste. Drainage.		Guérison.

Kystes non suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (*suite*).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
38	VEGAS et CRANWELL, <i>Los quistes hidatídicos</i> , Buenos-Aires, 1901, cas 638.	H	31	Kyste du lobe moyen du poumon droit.		Kyste du volume d'un œuf d'autruche sans vésicules. Extraction de la membrane-mère. Suture sans drainage.		Guérison.
39	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 660. POSADAS, <i>Rev. de chir.</i> , 1899, cas 38.	H	32	Kyste du lobe supérieur gauche.	Début il y a 10 mois par toux. Il y a 2 mois, vomique de 1 litre de liquide et de membranes. Expectoration purulente.	Réssection costale temporaire. Incision du poumon. Extraction de la vésicule-mère avec liquide clair. Drainage.	Communication avec les bronches, d'où drainage par crainte d'infection.	Guérison.
40	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 665. POSADAS, <i>Ibid.</i> , cas 27.	H	41	Kyste de la base du poumon droit.	Début il y a 14 mois par toux. Expectoration. Signes nets à la base droite.	Thoracoplastie temporaire et partielle. Le kyste uniloculaire sans vésicules filles, à liquide clair, est enlevé. Suture sans drainage.		Guérison.
41	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 667.	H	43	Kyste du lobe moyen droit.		Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère, uniloculaire à liquide clair, sans vésicules, du volume d'un œuf d'autruche. Suture sans drainage.		Guérison.
42	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 668.	H	44	Kyste de l'auricule du poumon gauche.	Cœur refoulé à droite.	Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère, fertile, uniloculaire, à liquide clair. Suture sans drainage.		Guérison.

43	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 670.	H 26	Kyste du lobe supérieur gauche.		Thoracoplastie temporaire. Suture sans drainage.	Guérison.
44	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 673.	H	6	Kyste du sommet du poumon droit.	Thoracoplastie temporaire. Extraction de la membrane-mère sans vésicules, à liquide clair. Suture sans drainage.	Guérison.
45	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 677.	F	9	Kyste du poumon droit. Début il y a 8 mois par dyspnée et toux. Diagnostic : coqueluche. Actuellement, voussure à droite, matité et silence sur toute la hauteur. On sent dans l'abdomen 2 kystes du foie.	Extraction de la membrane-mère. Suture sans drainage.	Guérison persistant un an après.
46	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 678.	H	43	Kyste du lobe supérieur gauche.	Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère du volume d'un œuf d'autruche, à liquide clair, sans vésicules filles. Suture sans drainage.	Guérison.
47	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 679.	H	41	Kyste du lobe inférieur gauche.	Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère. Suture sans drainage.	Guérison.
48	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 680.	H	43	Kyste du poumon gauche.	Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère unilobulaire. Suture sans drainage.	Guérison. Huit mois après, fistule persistante, hémoptysies, mauvais état général dû à l'oubli d'un peu de gaze au cours de l'opération.

Kystes non suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
49	VEGASEL CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 694.	F	8	Kyste du lobe supérieur gauche.	Début il y a 6 mois : toux, voussure, matité, Ponction : liquide clair.	Thoracotomie de Potensky. Suture sans drainage.		Guérison.
50	VEGASEL et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 697.	H	41	Kyste du lobe inférieur droit.		Thoracoplastie. Extraction de la membrane-mère. Suture sans drainage.	Deux mois après pyo-pneumothorax.	Guérison.
51	VEGASEL et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 712.	F	40	Kyste de la plèvre droite.	Début il y a 4 mois, par douleur et fièvre. Actuellement, voussure, matité, etc.	Extraction de la membrane - mère. Suture sans drainage.		Guérison.
52	POSADAS, <i>Rev. de chir.</i> , 1899, p. 374-387, cas 19.	F	7	Kyste du sommet du poumon gauche.		Extraction de la membrane - mère uniloculaire sans vésicules filles a liquide clair. Suture sans drainage.		Guérison.
53	WAY in THOMAS, <i>Adelaide Hosp.</i> , 1886.	H	48	Kyste du sommet gauche.		Pneumotomie. Extraction du kyste non rompu.		Guérison
54	WOOD, <i>Intercolon. Med. Journ.</i> , 1898, p. 475.	F	10	Kyste du poumon droit.	Depuis un an toux. Il y a 6 mois, peu de toux, peu de matité, il y a 15 jours, chute. Ponction exploratrice : liquide limpide.	Réssection de la 6 ^e côte. Incision de la plèvre. Ponction enlevant 15 onces de liquide. Extraction de la membrane mère. Suture sans drainage.	Evacuation par le nez d'un peu de mucus sanglant pendant l'opération. Dans la nuit du 4 ^{er} au 2 ^e jour, collapsus qui cède à la strychnine.	Guérison. L'enfant sort 13 jours après. Elle est revue 6 mois après bien portante.

56	Woon, <i>Ibid.</i> , p. 478.	F 11	Kyste de la base du poumon droit.	Depuis 4 mois, toux. Ponction exploratoire : liquide clair. Signes de pneumonie au sommet droit.	3 ^e côte. Ponction ramenant 22 onces de liquide peu coloré. Incision. Extraction du kyste. Plaque en partie suturée.	5 ^e après l'opération, avec vomissements de liquide teinté de sang. Le 2 ^e jour il y a de l'empyème autour de la plaie.	Le malade sorti 24 jours après bien portant.
					Réséction de la 5 ^e côte en arrière. Ponction exploratrice : liquide limpide. Incision. Issue de 25 onces de liquide limpide. Extraction du kyste entier. Suture. Drainage.	Pendant l'opération, quintes de toux et expectoration sanguinolente. Le drain est enlevé au bout de 45 heures. Réunion par première intention.	Guérison. Un an après, l'enfant rend un petit kyste et du liquide clair.
B. — Résultats inconnus.							
57	BÉCLÈRE, <i>Soc. Méd. des hôp.</i> , 1903, p. 763-766. et WALTER, <i>B. et M. de la Soc. de chir.</i> , 1903, p. 857-859.	II 22	Kyste occupant les 2/3 supérieurs du poumon gauche. (Voir la radiographie, n° 6).	Début, il y a 3 ans, par des points douloureux et de la dyspnée. Il y a un an, hémoptyses répétées. Diagnostic : tuberculose. Actuellement, dyspnée d'effort et toux légère. Examen : voussure sous la clavicle gauche avec matité, abolition des vibrations et silence respiratoire. Le diagnostic a été fait par la radiographie.	Lambeau « en volet » mettant à nu la 4 ^e côte, dont on résèque 5 cm. Ponction avec un trocart muni d'un tube à entonnoir. La plèvre est incisée de chaque côté sur une petite étendue pour passer une pince, qui va saisir le kyste, l'attirer et empêcher le pneumothorax. Evacuation de 1200 gr. Lavage avec 500 gr. de solution de formol. Incision large de la poche. Ablation de la membrane-mère. Suture de la poche au caillot sans drainage. Suture du volet avec drain sous la peau.	Il n'y avait pas d'adhérences pleurales. Grâce à la traction du kyste, il n'y eut pas d'accident de pneumothorax. C'est la première et la seule opération française, suivie de suture sans drainage.	Les suites ultérieures n'ont pas encore été publiées.

Kystes non suppurés traités par thoracotomie (Suite). — Morts.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEXE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
C. — Morts.							
58 CH. CARY et S. P. LYON, <i>Am. J. of the Med. Sciences</i> , 1900, t. 420, p. 402-413.	31	H	Kyste primitif de la plèvre droite.	Il y a 2 ans, pneumonie, puis pleurésie, d'où on retire un liquide jaunâtre. Nouvelle ponction, id. 6 mois après. Depuis 3 mois, douleurs. Examen : à droite, frottement à la palpation, matité, silence. Diagnostic, pleurésie chronique. Ponction : liquide jaune avec cholestérine.	Réséction de plusieurs côtes. La cavité pleurale est très agrandie, le poulmon non adhérent et nulle part induré, ou présentant une cavité. On enlève avec la main et sans résistance une masse molle du volume d'un citron. Le diaphragme est intact. Drain.	Une semaine après il faut agrandir la plaie et redrainer. Lavages quotidiens. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un kyste dégénéré à développement exogène.	Mort, avec des signes d'infection, 2 mois 1/2 après l'intervention. Autopsie impossible.
59 DUGUET et VARNIER, <i>Soc. anat.</i> , 1886, p. 377.		H	Kyste de la base du poulmon gauche.	Ponction : liquide eau de roche. Le lendemain vomique et pneumothorax.	Opération de l'empyème. Rien ne s'écoule.	Le lendemain on trouve des vésicules dans le poulmon.	Mort un mois après par tuberculeuse miliaire récente des 2 poulmons.
60 H. C. HINDER, <i>British Med. Journ.</i> , 12 nov. 1898, t. II, p. 1490.	8	F	Kyste du lobe supérieur du poulmon gauche.	Depuis 6 semaines, toux et petites hémoptysies. Vousseure au sommet droit.	Réséction de 1 pouce de la 2 ^e côte. Ponction ramenant liquide clair. Incision au bistouri à travers 1 pouce 1/2 de tissu pulmonaire. Plèvres adhérentes. Cyanose, et mort par hémorragie.	L'autopsie montra une communication avec une bronche, et avec l'artère pulmonaire.	Mort au cours de l'opération par hémorragie.

61	L. Monrojo, <i>Revista medica de Uruguay</i> , 1903, p. 121-127.	H 12	Kyste occupant presque toute la hauteur du poumon droit.	Début il y a quelques jours par dyspnée et voussure sous la clavicule. Matité au sommet. Foie un peu abaissé. La radiographie montre une ombre arrondie séparée du foie par une espace clair. Elle permet de poser le diagnostic.	Ressection de 4 à 5 cent. de la 4 ^e côte sur la partie antéro-latérale. Suture de la plèvre (adhérences très marquées). Ouverture du sac au thermo. Aussitôt, cyanose, arrêt de la respiration : on remonte le malade. Marsupialisation. Drain.	Persistance de cyanose et dyspnée. Pas de pneumothorax. Mort au bout de 34 heures avec des signes qui sont attribués à une intoxication hydatique.	Mort.
62	VEGAS et GRANWELL. <i>Los quistes hidatidicos</i> . Buenos-Aires, 1901, cas 676.	F 8	Kyste volumineux du poumon droit.	Il y a 2 ans contusion du ventre et à la suite, toux et dyspnée. Voussure thoracique droite. Matité absolue sur toute la hauteur et silence dans l'abdomen on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus.	Thoracoplastie comprenant la partie antérieure externe des 4 ^e et 5 ^e côtes. Ponction de la plèvre au bistouri. Issue de liquide clair et d'une membrane du volume d'une tête de fœtus. Incision agrandie, on enlève un second kyste du volume du premier. Suture sans drainage.	Température s'élève. Le 8 ^e jour, incision donnant issue à un peu de sérosité à trouble. Amélioration. Le 17 ^e jour la température remonte, on fait une grande incision et on place un drain. Cependant aggravation.	Mort le 44 ^e jour.

II. — Kystes suppurés traités par thoracotomie.

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS.
A. — Guérisons.							
63	Obs. personnelle. H 28. Obs. I.		Kyste de la partie inférieure du poulmon droit du volume d'une orange.	Début il y a 2 ans 1/2 par une hémoptysie. Il y a 20 mois, urticaire. Il y a 13 mois 2° hémoptysie. Il y a 6 mois, rejet de membranes. Examen : Légère voussure à droite et en arrière avec submatité. Souffle. Le rejet de membranes et la radiographie font faire le diagnostic.	Lambeau à convexité inférieure sur la région postéro-latérale droite. Résection de 5 cent. des 5°, 6°, 7° côtes. Incision de la plèvre non adhérente avec production lente du pneumothorax. Le poulmon est attiré et fixé. Ouverture du kyste. Ablation de la membrane. Marsupialisation et drainage. Aspiration de la plèvre.	Le pneumothorax a été supporté sans accidents graves. Le 3° jour urticaire généralisée.	Guérison persistant depuis 11 mois.
64	Obs. personnelle. H 25. Obs. II.		Kyste de la partie supérieure du poulmon droit. (Voir les radiographies, nos 1, 2, 3, 4 et 5.)	Début il y a 4 mois par des signes de grippe. L'examen révélant la matité au sommet droit, on fait une ponction, évacuation qui ramène du liquide limpide. Les jours suivants, signes de pyopneumothorax, et vomiques purulentes. Le malade est si faible qu'on est obligé d'ajourner l'intervention. (Jamais d'hémoptysies ni de rejet de	Lambeau à convexité inférieure à la partie antérieure sous la clavicule droite. Résection de 5 cent. des 4° et 5° côtes. Plèvre adhérente. La ponction avec le trocart ne donne rien. Incision du kyste qui y est très superficiel. Drainage.	Guérison parfaite, persistant depuis 6 mois.	

66	A. ANTIPAS, <i>Gaz. méd. d'Orient</i> , 15 nov. 1900, n° 48, p. 362-364.	H 15	Kyste primitif de la plèvre gauche très volumineux.	Nouveaux membranes, avec fièvre, il y a 5 mois. Il y a un mois vomique purulente. Examen : Signes à la base gauche, matité, etc. La radiographie donne des signes de sclérose pulmonaire.	Resection de 6 cent. des 7^e, 8^e, 9^e côtes. Plèvres adhérentes partout. L'aiguille introduite en plusieurs points ne ramène rien. La palpation n'avait révélé aucune tumeur. Suture. Mèche de gaze.	Le jour suivants, fièvre et lavages.	Guérison. Le malade est perdu de vue 6 mois après, en bonne santé, mais avec « une petite fistule ».
67	A. BECKER, <i>Beitrag zur klin. Chir.</i> , 1907, Bd. 56, H. 1, p. 1-184. Obs. 3.	F 23	Kyste du lobe inférieur du poumon droit.	Début, il y a 3 ans par pleurésie. Il y a 5 jours, vomique de 2 cuvettes de liquide clair. Puis expectoration purulente et fièvre.	Resection des 7^e et 8^e côtes. Incision et drainage d'une grosse cavité.	L'examen avait permis de sentir un frémissement hydatique sur le thorax (?).	Guérison qui persistait 6 mois après. La malade est morte, 15 ans après l'intervention, d'une maladie inconnue.
68	A. BECKER, <i>Ibid.</i> , obs. 4.	F 9	Kyste du poumon droit.	Début à la suite d'un traumatisme par des signes de pneumothorax. 6 heures après, la ponction ramène un litre de liquide trouble.	Resection costale. Evacuation de la vésicule-mère avec nombreuses vésicules-filles.	Guérison 11 semaines après. 5 ans plus tard, rejet dans un accès de toux d'une vésicule, puis d'une 2^e, 8 jours après.	Guérison (date du rejet des vésicules).

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (*suite*).

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	INDICATIONS	RÉSULTATS
69	A. BECKER, <i>Ibid.</i> , obs. 26.	F	54	Kyste hydatique du poumon droit.	Vomiques contenant des membranes.	« Opération d'un abcès secondaire du pou- mon ».	Expectoration de vésicules conti- nue quelque temps.	Guérison persis- tant depuis 2 ans.
70	A. BECKER, <i>Ibid.</i> , obs. 29.	F	20	Kyste de la plèvre droite.	Le diagnostic fut porté à l'opération.	Réséction costale.		Guérison persis- tant depuis 11 ans.
71	BLAIR, <i>Austral. med. journ.</i> , 1875, p. 144.	F	35	Kyste de la base du poumon droit surtout en avant.	3 ponctions en 2 mois. La dernière ramène 112 onces de pus et des hydatides-filles.	15 jours après la dernière ponction, incision dans le 8 ^e espace.	Amélioration ra- pide après l'ex- tirpation de la membrane-mère par la plaie.	Guérison complète 10 semaines après l'incision.
72	BOULLY, <i>Soc. de chir.</i> , 1886.	de H	46	Kyste du poumon rompu dans les bronches.		Réséction des 3 ^e et 4 ^e cô- tes en avant. Adhérences. Ouverture au thermocau- tère. Hémorragie consi- dérable arrêtée par tampouement.		Guérison.
73	BOULLY, <i>Soc. de chir.</i> , juill. 1892.	H	15 1/2	Kyste de la partie supérieure du poumon gauche surtout en avant.	Diagnostic fait par M. Netter à l'aide des crachats, et confirmé par la ponction explora- trice.	Réséction de la 3 ^e côte. Poumon adhérent à la plèvre. Incision large. Extirpation facile de la poche. Suture et drainage.		Guérison complète en 15 jours avec légère scoliose.
74	BUCCHIOY, <i>Soc. méd. des hosp.</i> , juin 1882.	H	39	Kyste du poumon droit.	Signes d'épanchement pleural, puis pneumo- thorax et vomique. 2 ponctions de 2.800 et 100 grammes de liquide purulent	Opération de l'empyème dans le 7 ^e espace. Quelques fausses mem- branes. On retire une membrane hydatide du volume d'une orange.		Guérison persis- tant 1 an après mais avec fistule de 14 cent. de long. Bon état général.

1904, t. 43, p. 218-223.	76 J. CANTLIE, <i>Journ. of tropical medicine</i> , 1905, p. 49.	Kyste de la partie moyenne du poumon gauche profondément situé	Toux. Expectoration de pus et de membranes. Très peu de signes à l'examen.	Incision en T. Résection des 7 ^e et 8 ^e côtes. Pleure non adhérente. On essaie de transfixer le poumon avec une aiguille, mais aussitôt signes de pneumothorax, qui font suspendre l'opération. Les signes persistent 48 heures. Le 12 ^e jour ponction positive par la plaie. Introduction d'un trocart. Mise en place d'une bougie. Dilatation progressive du trajet les jours suivants de façon à mettre un train.	pus avec membranes.	Le 7 ^e jour lavage. Le 10 ^e jour issue de 2 vésicules hydatides dont une supprimée. Suppression du drainage 45 ^e jour.	Guérison.	mois après. Le malade s'en va après 1 mois 1/2 conservant une scoliose dorsale concave à droite.
77 CHOINE, <i>Chirurgia</i> , avr. 1900, t. VII, n° 40, p. 335-339.	38 H	Kyste primitif de la plèvre gauche.	A 33 ans trauma du thorax. Il y a 1 mois pleurésie à la suite d'un refroidissement. Ponction : sérosité inflammatoire. Au 32 ^e jour ponction : pus.	Résection de 4 cent. de la 8 ^e c. Issue de pus. Drain.			Guérison complète. Le malade quitte l'hôpital après 3 mois 1/2	
78 COPE, <i>British Medical Journ.</i> , mai 1908, p. 1334.	H	Kyste hydatique du poumon gauche.	Diagnostic : épanchement pleural, puis pyo-pneumothorax. Cœur dévié à droite. La ponction ramène du pus.	Opération de l'emphysème 13 jours après un kyste est extrait par la plaie.	Retour du cœur à sa situation normale.		Guérison rapide.	

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
79	J. COOKE, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1885, p. 165.	F 21	Kyste du poulmon gauche.	Ponction dans le 7 ^e espace ramène du pus.	Incision dans le 7 ^e espace. Pneumotomie. Ouverture du kyste.	Le lendemain lavage. Le kyste sort en entier.	Guérison un mois après.
80	CARL BECK, <i>Journ. of Am. med. Assoc.</i> , novembre 1898, p. 1238.	H 38	Kyste du poulmon droit.	Diagnostic fait par une vomique.	Incision. Ouverture de la plèvre. Plusieurs ponctions restent négatives. Incision du poulmon au thermocautère. Il s'échappe un flot de pus. Phénomènes de collapsus qui cèdent à la respiration artificielle.	Le lendemain lavage et drain. Quelques jours après issue d'une membrane par la plaie.	Guérison en 7 mois.
81	BRAMAN, in th. de HARTWIG à Halle, 1883.	H 60	Kyste suppuré du volume d'une tête d'enfant.		Incision. Curettage.		Guérison.
82	DELDET, <i>Soc. anat.</i> , 1892, p. 474, ou BRAQUEHAYE.	H 23	Kyste suppuré du poulmon gauche.	Diagnostic : pleurésie purulente interlobaire, post-grippale avec vomique.	Incision dans le 4 ^e espace. On tombe sur une masse sclérosée répondant à la plèvre et au poulmon. Incision au bistouri. On arrive dans une vaste cavité communiquant largement avec une grosse bronche. Tamponnement à la gaze iodofornée.	Pendant l'opération vomique de pus fétide provoquant cyanose.	Guérison.
83	DELCHANCE, Th. de Paris, 1879, p. 45.	F 35	Kyste du poulmon gauche.	Cœur dévié à droite. Ponction : 1 litre de liquide eau de roche. Aussitôt douleur intense. cya-	Opération de l'empyème.	Lavages les jours suivants.	Guérison rapide.

84	FRETEAU, <i>Journal gén. de Semiot.</i> , 1842, t. 43, p. 421.	H 28	Kyste de la base du thorax droit.	Empâtement depuis 1 mois qui est devenu fluctuant, avec liquide réduci- ble. Il y a eu vomique purulente.	Incision sur l'empâtement dans le 10 ^e espace. Issue de liquide limpide, puis de pus.	Expulsion d'hydatides par la plaie. A partir du 15 ^e jour et pendant un mois nombreuses vomiques avec vésicules.	Guérison persistant un mois après la dernière vomique.
85	Mac GILLIVRAY, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1867, p. 70.	F 27	Volumineux kyste du poumon droit.	Diagnostic : pleurésie avec épanchement. Ponction ramène 2 litres de pus, qui contient des fibres élastiques et du tissu pulmonaire dégénéré.	Le thorax fut à 2 reprises, incisé et un gros drain laissé à demeure. Il sortit un grand nombre d'hydatides. Lavage de la cavité au chlorure de zinc.		Guérison avec petite fistule.
86	GROOM, <i>The Lancet</i> , 1884, t. I, p. 846.	F 15	Kyste de la plèvre droite.	Ponction ramenant 3 pintes de liquide. Diagnostic : empyème.	3 semaines après, incision dans le 6 ^e espace sur la ligne axillaire donnant issue à beaucoup d'hydatides.		Guérison avec fistule persistant 8 mois après.
87	GROSS, <i>Beiträge zur klin. Chir.</i> , 1899, t. 24, obs. 45, p. 349, 351.	F 16	Kyste volumineux s'étendant du lobe inférieur au lobe moyen droit.	Il y a un an, pleurésie droite à liquide séreux. Après 5 semaines, liquide trouble. Fièvre. 3 ^e ponction évacuant 208 c.c. de liquide séro-purulent; au cours de celle-ci, toux et expectoration de membranes. Amélioration publiée par Du Mesnil comme guérison. Depuis 2 mois, aggravation. Ponction donne pus.	Réssection des 9 ^e et 10 ^e côtes en arrière sur 8 centimètres. Pleures adhérentes. Poumon induré, avec un point fluctuant. Inclination. Issue de pus. Drainage.	Dans les jours suivants, ouverture dans la cavité d'une bronche qui laisse passer de l'air, puis se referme.	Guérison parfaite depuis plus d'un an.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Sexe	Âge	Siège	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
88	ISAIAH DE ZOUCHE, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1893, p. 9.	F	43	Kyste de la partie inférieure du poumon droit du volume d'une noix de coco.	Diagnostic: empyème. Ponction expl. dans le 7 ^e espace sur la ligne axillaire mé- diane, ramène du pus.	Incision dans le 7 ^e espa- ce. Issue de pus. In- jections d'iode et de permanganate de po- tasse, qui provoquent des quintes de toux graves, une forte dysp- née et une expectora- tion purulente et san- glante abondante. As- phyxie imminente.	Ablation du drain le 52 ^e jour.	Guérison. Le malade quitte l'hôpital le 66 ^e jour.
89	IONESCO, <i>Congrès de chirurgie</i> , 1895.	H	17	Kyste du poumon gauche.	Cœur déplacé à droi- te. Ponction explo- ratrice ramène un liquide eau de ro- che.	Réséction de 6 cent. de la 7 ^e côte. Incision de la plèvre. Issue de li- quide purulent. Incision du poumon au thermo à travers 5 cen- timètres 1/2. Pénétra- tion dans le kyste d'où s'écoulent 800 gr. de liquide. Lavage. Drain.	Vomique pendant l'opération.	Guérison en 6 se- maines.
90	IONESCO, in th. STAVRESCU, Bu- carest, 1898.			Kyste suppuré du poumon.		Réséction costale. Drai- nage.		Guérison après un mois de traite- ment.
91	LANDAU, <i>Zeitsch. f. Gynæk.</i> , 1876, p. 221.	F	25	Kyste de la plèvre droite.	Le kyste a érodé les côtes et fait saillie à travers les espaces intercostaux.	Incision 400 gr. de li- quide clair. Puis issue de pus et de membra- nes.	Suppuration abon- dante. Issue d'hydatides pendant quel- ques mois.	Guérison.

WIDAL et FROIN, <i>Soc. méd. des hép.</i> , 24 juill. 1903.	lume des deux pouings.	Il y a 3 mois, hémop- tysie et toux persis- tante. Voussure. Matité à droite. 1 ^{re} ponction, négative. 2 ^e ponction, eau de roche. Eosinophiles, 1.86 0/0.	tes. Plèvres adhérentes. Liquide louche. Quinte de toux qui pro- jette la poche au dehors. 2 drains et meches.	Guérison.	Guérison.
93 LAUNAY, <i>Soc. de chir.</i> , 1906, p. 567.	H 65 Kyste du lobe in- férieur gauche du volume du pouing.	Début il y a 5 mois par toux. Diagnos- tic : tuberculeuse. Il y a 3 mois matité à la base gauche, qui fait faire ponction : eau de roche. Actuellement voussu- re, matité, etc.	Lambeau concave en haut. Résection de 8 cent. des 9 ^e et 10 ^e côtes. Plèvres adhérentes. Incision du kyste après une traversée de 1 cent. Liquide louche. Ablation facilitée de la mem- brane-mère. Drains. Mèche.	Cicatrisation com- plète 2 mois après.	Guérison.
94 LEHMANN, th. de Paris, 1882.	H 39 Kyste du poumon droit.	Diagnostic : épanche- ment pleural. Puis pneumothorax. Ponction, 2 800 gr. de pus. Vomique.	Opération de l'empyème. Issue de 800 gr. de pus. Poche hydatique du vo- lume d'une orange.	Guérison.	Guérison.
95 LEMAIRE, th. de Paris, 1903, obs. 7.	F 16 Kyste du poumon droit.	Début par signes de pneumothorax. Pleurésie purulente.	Thoracoplastie (Letievant- Estlander), sans anes- thésie locale. Drainage.	Guérison.	Guérison.
96 LEMAIRE, obs. 14.	F 14 Kyste de la plèvre gauche.	Pleurésie purulente.	Pleurotomie. Issue d'une membrane hydatide. Drainage.	Guérison.	Guérison.
97 LEMAIRE, obs. 15.	F 50 Kyste de la plèvre droite.	Tumeur de l'hypo- chondre. Foie abais- sé.	Pleurotomie.	Issue de la mem- brane quelques jours après.	Guérison depuis 7 ans.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
98	MALBOT, <i>Arch. prov. de chir.</i> , 1899, p. 107-113.	F	10	Volumineux kyste du poulmon droit.	Signes de pleurésie multiloculaire depuis plus de 15 mois. Aggravation progressive des symptômes.	Thoracotomie pratiquée d'urgence dans le 5 ^e espace sur la ligne axillaire. Issue de 2 litres de pus et d'hydatides.	4 jours après extirpation de la membrane-mère.	Guérison complète au bout de 4 mois. Persiste 3 ans après avec déformation considérable du thorax due à la disparition du poulmon.
99	MAYDI, <i>Soc. Imp. Roy. de Méd. de Vienne</i> , déc. 1890.	H			Signes de pleurésie droite avec épanchement.	1 ^{re} opération. Kyste de la plèvre ayant perforé le diaphragme. 2 ^e opération. Un an plus tard. 1 kyste sous-diaphragmatique. 1 kyste pleural.		Guérison.
100	MELECHINE ET CHAIKOÏKO, <i>Chirurgia</i> , janv. 1908, n° 133, p. 1-3.			Kyste du poulmon.	Ponction exploratrice entraînant la suppuration.	Incision.		Guérison.
101	MICHOX, in thèse ROCIÉ, Paris, 1907, obs. 15.	H	15	Kyste du lobe inférieur droit.	A 11 ans kyste du foie traité par ponction et sublimé. A partir de 13 ans, crache du sang. Il y a 2 mois, point de côté, expulsion de membranes. Depuis nouvelles expulsions. Matité et souffle à la base droite.	Incision sur la 9 ^e côte. Résection de 6 cent. de celle-ci. Plèvre adhérente, sauf en haut. L'incision de la plèvre mène dans la cavité du volume d'un œuf de dinde, 2 drains. Malgré une recherche attentive, on ne constate pas de communication.	Fistule bronchique oblitérée un mois après. Plaque fermée 3 mois après.	Guérison persistant 3 mois 1/2 après.

Enfants, octobre 1908, p. 657-681, obs. 2.	poumons.	graphie. Fonctions exploratrices à droite et à gauche, suivies toutes les deux d'accidents graves.	de la 3 ^e côte. Suture de la plèvre. Incision au thermo. Suture à la paroi. Drainage.		
103 MOUTARD-MARTIN, <i>Gaz. hebdomadaire</i> , 1871.	H 17 Kyste de la plèvre droite.	Début par signes de pleurésie depuis 3 semaines, 1 ^{re} ponction négative, 2 ^e au-dessus : pus.	Opération de l'empyème. Issue de pus et de plusieurs membranes hydatides.	Lavage les jours suivants.	Guérison. Mais le malade est encore en traitement à la publication de l'observation.
104 C. NICOLEMI, <i>Gazzetta degli Ospedali</i> , 1897, p. 1511-1516.	F 30 Kyste du poumon droit.	Début il y a 2 ans 1/2 par toux quinteuse. Diagnostic : tuberculose, voussure à droite avec matité. Cœur et foie refoulés. Ponction évacuatrice, liquide eau de roche. 25 jours après ponction : pus.	Incision sur la 7 ^e côte sur la partie antéro-latérale. Résection de 10 cent. de la 7 ^e côte. Incision de la plèvre donnant issue à quelques gouttes de liquide séreux. On voit une tumeur sphérique. Ponction aspiratrice. Incision au bistouri. Extraction facile de la membrane mère. Marsupialisation. Drainage.	8 ^e jour lavage boricé. 31 ^e jour ablation du drain. Après 2 mois 1/2 la plaie est fermée.	Guérison persistant 8 mois après l'intervention.
105 OLIVIER, GERNÉ ET DÈVE, <i>Normandie Médicale</i> , 1907, p. 592-598.	F 45 Kyste volumineux du lobe inférieur droit.	Début il y a 4 ans par douleurs. Il y a 1 an signes de pleurésie avec épanchement. Pas de ponction. Revient avec des signes d'épanchement très abondant. Ponction évacuatrice : liquide eau de roche. Elle se passe sans accidents, mais aussitôt signes physiques d'hydropneumothorax. Dès le lendemain fièvre, signes d'infection.	Opération 21 jours après la ponction. Résection de la 8 ^e côte. Ouverture de la poche, d'où il sort un litre de pus et une large membrane hydatide. On ne constate aucune altération du diaphragme.	Amélioration. Le 31 ^e jour on installe un siphon de Revilliod qui se détache et provoque des accès de suffocation quand on essaie de le réamorcer. 29 ^e jour. La radiographie permet de constater la direction du trajet par un stylet introduit dans ce trajet.	Guérison complète 3 mois après l'opération.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	Siège	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
106	ORLANDI, <i>Gazetta medica di Torino</i> , no. 1898, p. 501, 521-565.	H	13	Kyste volumineux de la plèvre gauche.	Il y a 6 mois début par signes de pleurésie. On lui fit 2 thoracentèses, puis une pleurotomie qui donna issue à du pus. Revient avec des signes d'empyème, volumineux.	On fit de nouveau 4 thoracentèses, ramenant chacune 2 à 3 litres de pus. Après 6 mois de traitement, on place l'appareil à aspiration continue de Forlani, avec lavages quotidiens de la cavité. Enfin on le remplace par un tube à drainage.		Guérison persistant 2 ans après.
107	PARDEY, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1891, p. 379.	H	33	Kyste du poumon droit rompu dans la plèvre	Vomique de liquide eau de roche.	Réssection de la 5 ^e côte. Une 1/2 pinte de liquide légèrement purulent. Drain.	2 jours après, issue de plusieurs kystes dans le pansement.	Guérison en 2 mois.
108	POIRIER, in th. de BEUR, Paris, 1895.	F	31	Kyste du poumon droit du volume d'une tête de fœtus à terme.	Ponction donnant issue à 1 litre 1/2 de liquide limpide et suivie d'une vomique. Pleurésie et suppuration consécutive.	Un an après. Réssection de 6 cent. de la 8 ^e côte. L'exploration digitale permet de reconnaître une tumeur fluctuante qui est perforée avec l'ongle. Pus. Issue de la membrane mère. 2 drains.	Quelques jours après, urticaire.	Guérison.
109	POTIERAT, <i>Cong. de chir.</i> , Paris, 1897.	H		Kyste du poumon.	Diagnostic : pleurésie purulente tuberculeuse. Ponction : pus.	Opération de l'empyème. Plèvre intacte. Kyste suppuré dans le parenchyme pulmonaire. Lavage. Drainage.		Guérison en quelques mois.
110	POTIERAT, <i>Soc. de chir.</i> , 1905, p. 1149; 1906,	H		Kyste du poumon droit ouvert dans les bron-	Vomique donnant issue au pus décoloré entre la	Extirpation de la poche.	Toute tentative de lavage provoque une crise violente.	Guérison persistant depuis 7 mois.

141	REVILLON, <i>Rev. méd. de la Suisse Romande</i> , 1890, p. 554.	H 49	Kyste du poumon droit.	Diagnostic fait par la ponction exploratrice. Liquide clair. Le même jour urticaire. Thoracentèse : 4450 grammes de liquide clair. A la suite, angoisse extrême. Signes d'hydropneumothorax.	13 jours après, incision dans le 5 ^e espace. Il sort du liquide clair, des membranes hydatides et du pus. Lavage. On place un siphon.	Il faut inciser une pleurésie purulente sous-jacente aux kystes et indépendante. Pleurésie à pneumocoques.	Guérison en 3 mois.
142	REID, <i>Intercolon. med. Journ.</i> , 1898, p. 552.	H 34	Kyste du lobe supérieur droit.	Début par apparition d'une tumeur fluctuante dans la région postérieure et supérieure. Toux. Expectoration.	Incision à la partie inférieure de la tumeur. Issue de kystes teintés de sang et de mauvaise odeur, avec 2 ou 3 morceaux de côtes nécrosées. Ouverture dans la paroi thoracique qui laisse passer l'index et conduit dans une cavité pulmonaire, où l'on place un drain.	Une tentative de lavage inonde les bronches.	Guérison.
143	REID, <i>Intercolon. med. Journ.</i> , 1897, p. 608.	H 32	Kyste de la base du poumon droit.	Toux et matité à la base droite depuis 6 ans, à la suite de pneumonie. Il y a 3 semaines, vomique de liquide spumeux, un peu fétide. Puis vomique purulente. Signes cavitaires.	Réssection d'une côte, drainage de la plèvre. Les jours suivants, issue spontanée de kystes.	Les tentatives de lavages provoquent des accès de suffocation. Un jour le drain étant tombé, accidents graves dus à inondation des bronches des 2 côtés par le pus.	Guérison. On ne put enlever le drain qu'au bout de 7 mois.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
114	REID, <i>Ibid.</i> , p. 609.	H	37	Kyste du poumon gauche.	Début par vomique purulente. Matité à la base gauche.	Réssection de la 6 ^e côte. Ouverture de la plevre. Il s'écoule une demi-pinte de liquide sanguinolent. Des ponctions multiples du poumon ne ramènent rien. Exploration digitale négative. Tamponnement.	8 jours après, grave hémorragie par la plaie. Le 1 ^{er} kyste apparut dans le poun- sement 6 semaines après seulement. Il en sort pendant plusieurs semaines. Le malade a très rapidement le goût de l'iode-forme insufflé dans la plaie.	Guérison.
115	RITCHIE, <i>Inter-colon. méd. Journ.</i> 1898, p. 605.	H	8	Kyste de la base du poumon gauche.	Vomique : grande quantité de grands et petits kystes. Le diagnostic avait été fait avant.	Réssection de la 10 ^e côte. Ouverture de la plevre. Le poumon adhère en dehors seulement. On le suture au feuillet pariétal avec du catgut. Incision au bistouri. Flot de pus et débris d'hydatides. Drain.		Guérison.
116	T. SCARFONE, <i>Gazzetta degli ospedali</i> , 1901, n° 99, obs. II.	F	30	Kyste du poumon droit.	Début il y a 2 ans 1/2 par de la toux, et des accès de suffocation. Diagnostic : tuberculose. Voussure, immobilité, matité à la base droite. Cœur et foie déplacés.	Opération 14 jours après la dernière ponction. Chloroformisation impossible, provoque toux, cyanose. Incision. Réssection de 10 cent. de la 7 ^e côte. Incision de la plevre d'où sort du liquide citrin. On voit une sail-		Guérison complète en 2 mois 1/2.

117	SCHRECKHAUSE, In Diss. Greifswald, 1900.	H 29	Kyste du poumon droit.	Début il y a 4 mois par frisson, fièvre, point de côté. Matité et silence à la base droite.	Extirpation de la membrane mère. Le poumon est fixe. Tamponnement. Opération. On fait d'abord une ponction exploratrice qui ramène du pus. Résection de la 8 ^e côte. Incision de la plèvre. On tombe de suite dans un kyste calcifié et suppuré. Résection des 7 ^e et 9 ^e côtes. Le kyste est extirpé par morceaux. Un fragment trop adhérent est laissé en place. Hémorragie assez forte. Tamponnement.	Communication avec les bronches.	Guérison. Le malade sort 2 mois 1/2 après avec une fistule persistante, mais un excellent état général.
118	SIDNEY COUPLAND, <i>The Lancet</i> , 1895, t. II, p. 713.	H 45	Kyste de la plèvre gauche.	Simule un pyo-pneumothorax. Cœur dévié. Ponction exploratrice: ramène du pus.	1 ^{re} opération. Résection de la 7 ^e côte. Beaucoup de pus. 2 ^e opération 2 mois après. Exirpation d'une poche kystique.		Guérison.
119	SOURTNEY, <i>Barth. Hosp. Rep.</i> , 1867, vol. III, p. 394.	F 34	Kyste de la plèvre droite.	Douleur. Dyspnée. Toux. Signes d'empneumement. Vomique purulente. Ponction évacuatrice de 4 litres de pus. La canule est laissée à demeure.	Incision de 2 pouces de long. Ablation d'une membrane volumineuse. Diaphragme intact.		Guérison persistant depuis 3 mois 1/2.
120	D. THOMAS, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1889, p. 305.	H 30	Kyste de la base du poumon droit.	Ouvert dans les bronches.	Incision dans le 8 ^e espace sur la ligne scapulaire. Dilatation forcée. Extraction de la poche kystique. Drain.	La toux disparaît après l'opération.	Guérison rapide et complète.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (*suite*).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE.	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
121 D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	H	44	Kyste du lobe supérieur droit.	Kyste ouvert dans les bronches.	Incision dans le 5 ^e espace sur la ligne axillaire médiane. Dilatation forcée avec la pince. Extraction de la poche kystique.	La toux cesse après l'opération.	Guérison en moins de 2 mois.
122 D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	F	35	Kyste du lobe supérieur gauche.	Ponctionné et ouvert dans les bronches 4 mois avant. Tubercule probable à droite.	Incision dans le 4 ^e espace Extraction du kyste.	Amélioration rapide.	Guérison. Persistance d'un peu de toux et quelques rares hémoptysies. Bon état général.
123 D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	F	42	Kyste du lobe supérieur gauche.	Thoracotomie. Signes de pneumothorax, qui disparurent au bout d'un mois.	2 ans 1/2 après. Incision. Introduction d'un trocart, dilatation avec la pince. Issue de pus et de débris de kystes. Drainage.		Guérison rapide.
124 D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	H	20	Kyste de la base du poumon gauche.	Ponction.	Incision. Résection de la 9 ^e côte. Plevres adhérentes. Ouverture du kyste. Contenu fétide. Extirpation de la poche.		Guérison en un mois.
125 D. THOMAS, <i>Ibid.</i>	F	26	Kyste du sommet gauche.	Ouvré dans les bronches depuis 4 ans. Vomique abondante et qui manque d'enlever la malade 36 heures avant l'opération.	Mise en place d'un large trocart.		Guérison rapide.
126 TROQUART, <i>Cong. de Bordeaux</i> , 1895.	H		Kyste du poumon gauche ouvert	Signes d'hydro-pneumothorax.	Incision. Grande quantité de pus fétide.	Lavages pendant l'opération.	Guérison en 3 mois.

127	TUFFIER, in th. de PASQUIER, 1899, obs. 1.	H 33	Kyste central du poumon gauche (Pasquier dit du lobe moyen) (?).	Début il y a 2 mois par vomique (de nature ignorée). Signes de pleurésie gauche. Radiographie : révèle une ombre qui n'a pas été interprétée. Crochets dans l'expectoration.	Incision de 14 cent. couverte en haut. Résection de 10 cent. des 7 ^e et 10 ^e côtes. Plevres adhérentes. Palpation révèle une zone indurée dans la profondeur. Incision traversant 2 cent. de parenchyme. Ouverture d'une cavité ne contenant ni liquide, ni pus. Extirpation de la poche.	Communication avec les bronches.	Guérisson persistant 4 mois après.
128	TUFFIER, Soc. de Chir., 1903, p. 859 ; 1905, p. 995 ; 1906, p. 569.	H 23	Kyste du lobe inférieur gauche du volume d'une tête d'adulte.	Toux. Amaigrissement Il y a un mois, fièvre. Voussure à la face antérieure. Cœur dévié à droite. Une ponction enlève 1.500 cc. de liquide clair. Injection de sublimé. Accidents graves consécutifs d'œdème aigu du poumon.	Incision curviligne à cavité supérieure. Résection de la 6 ^e côte en avant. Plevres adhérentes. On pénètre dans une cavité purulente. Ablation facile de la membrane mère. Le poumon ne revient pas sur lui-même.	Guérisson avec persistance de fistule bronchocutanée, que le malade refuse de laisser opérer. L'orifice est du volume d'une tête d'épingle sans suppuration.	Guérisson en 3 mois persistant après 5 mois.
129	VANNINI, Bull. della Science medica, 1896, p. 240-254.	H 18	Kyste primitif de la plèvre gauche.	Début par douleur il y a un an. Voussure à gauche. Matité limitée par une ligne convexe en dehors. Ponction expl., puis thoracentèse : liquide eau de roche en petite quantité. La ponction provoque aussitôt douleur vive, dyspnée, empyème sous-cutané et signes de pneumothorax.	Ponction expl. : pus. Résection de la 5 ^e côte sur la ligne axillaire antérieure et de la 9 ^e sur la ligne scapulaire. Issue de pus. Lavage de la plèvre. Drainage.	Le 4 ^e jour, issue d'une vésicule hydatique.	Guérisson en 3 mois persistant après 5 mois.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
130 VAUTRIX. <i>Cong. de chir.</i> , 1907; <i>Revue Méd. de l'Est</i> , 1907, p. 455.	H	28	Kyste du sillon inter-lobaire inférieur droit.	Vomique il y a 2 ans. Depuis il continue à excréter du pus et provoquer des hé-moptysies. La radiographie confirme le diagnostic.	Pas d'adhérences pleurales. On constitue un pneumothorax. Drainage.		Guérison.
131 VEGAS et CRANWELL, <i>Los quistes hidatídicos en la República Argentina</i> , 1901, cas 648.	H	35	Kyste du poulmon gauche ouvert dans la plèvre.	Début il y a 1 mois, par point de côté. Voussure à gauche, avec absence de vibrations et sonorité exagérée. Signes de pneumothorax, puis de pyopneumothorax. Ponction expl., puis évacuatrice.	Incision et drainage.		Guérison.
132 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 669.	H	27	Kyste suppuré du poulmon droit.		Incision et drainage.		Guérison.
133 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 675.	H	6	Kyste des lobes moyen et inférieur droits.	Vomique.	Thoracoplastie. On ren-contre une caverne pleine de pus et de membranes. Drainage.		Guérison en un mois.
134 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 682. Même obs. que ZAMBRA, <i>Semana Médica</i> , 1900, p. 458-461, obs. 1.	H	28		Début il y a 4 ans après une chute de cheval. Il y a 2 ans, 2 ^e chute et fracture de 2 côtes à gauche. Signes d'hydro-pneumothorax. Ponc-	D'urgence pleurotomie. Issue de pus et d'une grande quantité d'air.	Le lendemain issue de vésicules hydatiques. La rupture du kyste dans la plèvre semble avoir été due au frau-	Guérison rapide. Sort de l'hôpital 4 mois après.

135	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 683. Même observation que ZAMBRA, <i>Se- mana medica</i> , 1900, obs. III.	H 15	Kyste du poulmon gauche.	Pétan. Injection d'air stérilisé. 3 mois après, dyspnée asphyxiante due à un pneumothorax à soupape	Début, il y a 20 jours, par point de côté. fièvre, expectoration purulente très abon- dante. On peut voir l'ouverture par laquelle le kyste s'est ouvert dans la plèvre.	Réséction d'une côte. Éva- cuation de liquide et d'une membrane hyda- tide contenus dans la plèvre. On peut voir l'ouverture par laquelle le kyste s'est ouvert dans la plèvre.	Guérison.
136	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 685.	F 21	Kyste du poulmon gauche.	Début, il y a 5 mois, par toux et hémop- tysie. Il y a 3 mois, vomi- que purulente. Ponction exploratrice; pus.	Incision et drainage.	Le jour suivant, hémoptysie abondante.	Guérison.
137	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 699.	F 25	Kyste du poulmon droit.	Début, il y a un an, par toux et fatigue. Mauvais état général.	Incision donnant issue à 4 litre 1/2 de pus avec des vésicules. Drainage.		Guérison.
138	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 701.	H 7	Kyste du poulmon.		Incision et drainage.		Guérison.
139	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 709. Même observation que POSADAS, <i>Rev. chir.</i> , 1899, cas 41.	H 9	Kyste de la plèvre droit.	Ponction antérieure.	Marsupialisation et drai- nage. Kyste unilocu- laire, sans vésicules- filles, supprimé.	Suppuration pro- longée pendant plus de 4 mois.	Guérison.
140	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 711.	H 25	Kyste de la plèvre gauche.		Incision et drainage.		Guérison.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Guérisons (suite).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
141 VERCO, in D. THOMAS, <i>Austral. med. Journ.</i> , 1889, p. 305.	F	13	Kyste de la base du poulmon gauche en avant.	Ponction exploratrice.	Incision dans le 8 ^e espace sur la ligne axillaire. Issue de pus et de débris d'hydatides.		Guérison persistante.
142 WAY, in THOMAS, <i>Adelaide Hosp.</i> , 1885.	H	13	Kyste de la base du poulmon droit.	Kyste rompu.	Incision. Extirpation de la poche. Lavage.		Guérison en 4 mois 1/2.
143 WINZLERING, in DISS., Jena, 1892.	H	26	Kyste primitif de la plèvre gauche.	Début par signes de pleurésie. Voussure à gauche en avant, avec matité. Ponction exploratrice: liquide aqueux. Elle provoque un accès de toux, de la cyanose, et vomique de 400 cc. de liquide clair. Le lendemain, température, urticaire.	Environ 2 mois après la ponction. Résection de la 9 ^e côte en arrière. Incision de la plèvre. Issue spontanée d'une vésicule hydatique volumineuse rompue. Examen du poulmon. Drainage.	Pneumonie consécutive.	Guérison.

B. — Résultats inconnus.

144 JEUNET, <i>Revue médicale</i> , 12 septembre 1906, p. 584.	F	28	Kyste de la plèvre droite.	Début par pleurésie, il y a 5 ans. Histoire ultérieure diagnostiquée tuberculeuse. Il y a 2 mois, signes de pleurésie purulente. 3 ponctions donnant issue à 1 litre chaque fois de pus, la malade	La malade en imminence de syncope accepte l'opération. — Pleurotomie donnant issue à du pus, des membranes, du liquide clair. 26 septembre. — Résection de 7 à 8 cent. de 2 côtes. Ouverture de la plèvre contenant une	Il ne paraissait y il n'est pas donné de renseignements sur les suites opératoires.
--	---	----	----------------------------	--	---	---

g 64, p. 32.	1963,	La radiographie montre une tache sombre. Diagnostic : pleurésie interlobaire.	La ponction avec le trocart. Les hydatides ne furent pas toutes extraites par l'opération.	Mort quelques jours après l'opération.	suites opératoires.
146 A. LAMAS, <i>Ibid.</i>		Kyste du poumon. Méconnu pendant longtemps. Une influenza provoque un épanchement pleural, la suppression du kyste et une vomique.	Ponction avec le trocart. « La plaie est élargie » pour permettre un écoulement facile.	Mort quelques jours après l'opération.	Pas de renseignements.
147 ALEX, <i>Aust. med. Journ.</i> , 1881, p. 108.		Lobe inférieur du poumon droit. Le kyste volumineux contient du pus féide et des débris de membranes. Le reste du poumon est dur et imperméable à l'air.	Ponction avec le trocart. Les hydatides ne furent pas toutes extraites par l'opération.	Mort quelques jours après l'opération.	suites opératoires.
148 A. BECKER, <i>Beitrag zur klin. Char.</i> , 1907, Bd. 56, H. 1, p. 1-184, Obs. 23.		Kyste du lobe supérieur gauche. Début il y a 6 mois par toux, Dyspnée. Il y a 4 jours vomique de liquide eau de roche. Puis expectoration purulente. Voussure et matité à la base gauche.	Ouverture d'une cavité du volume des deux poings contenant du liquide purulent. Ablation de la membrane.	Mort 19 jours après la 1 ^{re} intervention. Septicémie.	suites opératoires.

C. — Morts.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Morts (*suite*).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
149 A. BECKER, <i>Ibid.</i> , II obs. 31.	41	Kyste de la plèvre droite.	Debut par tumeur sentie sous la clavicule, il y a 1 an. Puis dyspnée. Actuellement tumeur du volume du poing avec signes cavitaires. Cœur et foie refoulés.	Ponction de la tumeur donnant issue à des gaz. Puis incision, par où s'échappent des vésicules et du pus.	Le 4 ^e jour il sort par la plaie 2 litres de liquide séreux.	Mort 7 jours après d'accidents infectieux.
150 BERGER, <i>Soc. de chir.</i> , 1893.	F	Kyste du poumon.	Une vomique.	Opération de l'empyème. Tissu pulmonaire dégénéré adhérent à la plèvre. Pus et 300 vésicules. On fait des infections borbiquées, dont la 3 ^e détermine un accès de suffocation et la mort.		Mort pendant l'opération causée par un lavage.
151 BRD, <i>Aust. med. journ.</i> , 1871.	F	Kyste volumineux du poumon gauche.		Ponction puis incision dans le 4 ^e espace. Il sort du pus et le kyste.	Grande amélioration. Mais la plaie se referme, empêchant l'écoulement du pus. La toux réapparaît. Le malade refuse une autre opération.	Mort.
152 BRD, <i>Austral. med. journ.</i> , 1881, p. 171.	F	Kyste de la partie inférieure de la plèvre droite.		Ponction dans le 7 ^e espace : 3 pintes de liquide demi-purulent avec des crochets. Peu d'amélioration.	Pas de soulagement. 15 jours après dyspnée et oppression. L'exploration de	Mort par accidents cardiaques.

153	DERIGNAC et LAX-BOUZY, <i>Progrès médical</i> , 1883, p. 507,	Kyste du volume d'une tête d'enfant, suppuré.	Ponction : 3.200 gr. de liquide clair.	15 jours après la ponction. Opération de l'empyème dans le 6 ^e espace. On sent un kyste qui est incisé. Extirpation. Drain. Lavages.	Le lendemain syncope, qui cède à la respiration artificielle.	Mort subite 3 jours après.
154	DOREN, <i>Cong. de chir.</i> , Paris, 1895.	Kyste du poumon.	Ponction qui provoque une vomique de 4 litres. Le diagnostic avait été fait avant.	3 jours après le kyste est largement ouvert et la membrane hydatide enlevée.	Mort au bout de quelques jours avec péricardite et pleurésie purulente.	
155	FRANÇAIS, <i>Soc. anat.</i> , 1900, p. 384.	F 25 Kyste des lobes inférieur et moyens droits du volume de 4 litres.	Il y a 8 jours vomique de liquide clair. Puis signes graves de pyo-pneumothorax.	Opération de l'empyème pratiquée d'urgence et terminée par M. Arroux. Issue de pus et de vésicules.	A l'autopsie, kyste ouvert dans les bronches. La poche pouvait être décollée facilement.	Mort sur la table d'opération.
156	MÉRY et RIEFFEL, <i>Soc. anat.</i> , 1888, p. 289.	F 46 Kyste des 2/3 inférieurs du poumon droit.	Vomique. Pneumothorax.	Opération de l'empyème. Flot de pus et nombreuses hydatides. 2 drains. Lavage. Vomique pendant l'opération.		Mort 8 jours après l'opération.
157	MORQUIO, <i>Arch. de méd. des Enfants</i> , oct. 1908, p. 657-681. Obs. XI.	M 11 Kystes des 2 poumons et kystes multiples du foie.	Constates par la radioscopie. Déviation du cœur.	Réssection de la 6 ^e côte gauche. Suture de la pleure qui n'adhère pas. Incision du kyste.	Syncope grave pendant l'opération. Le 6 ^e jour, il y a des signes nets de pneumothorax. Opération le 19 ^e jour d'un kyste du foie, le 35 ^e jour d'un autre kyste du foie ouvert dans la pleure et supprimé.	Mort le 48 ^e jour après la première opération. A l'autopsie il reste 2 grands kystes non opérés, l'un dans le poumon droit, l'autre dans le foie.

Kystes suppurés traités par thoracotomie. — Morts (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXES	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
158	OLLIER DE VERGÈZE, Th. de Lyon, 1892, obs. V. PORTES, <i>Lyon Médical</i> , 1892.	F	55	Kyste hydatique primitif (?) de la plèvre droite.	Début il y a 4 mois par toux. Point de Voussure et matité à la base droite. Ponction exploratrice: pus.	Opération de l'empyème sous anesthésie locale. Issue de 5 litres de pus et d'une poche hydatique.		Mort 7 jours après l'opération.
159	ORD et ROBINSON, <i>Bulletin méd.</i> , 1892, p. 125.	H	18	Kyste de la base du poumon droit.	Ponction exploratrice: ramène du pus et du sang.	Incision dans le 6 ^e espace. Résection d'une côte sur 1 cent. 1/2. Incision du poumon donnant issue à du pus et des membranes. Deux drains.	Autopsie: Le kyste occupe tout le lobe inférieur. Lésions de broncho-pneumonie dans les 2 poumons et de péricardite récente. 2 kystes dans le foie.	Mort par épuisement 13 jours après l'opération.
160	PROUST et LÉONARD, <i>Soc. Anat.</i> , 1886, p. 288.	H	36	Kyste de la plèvre gauche (?)	Signes de pneumothorax gauche. Ponction évacuatrice de 2 litres de pus.	Opération de l'empyème.	Autopsie: plèvre pleine d'hydatides nageant dans du pus. La surface du poumon est farcie de petits kystes.	Mort le même jour par syncope.
161	E. THOMAS, <i>Rev. méd. de la Suisse Romande</i> , 1895, p. 337.	H	33	Kyste de la base du poumon droit.	Kyste du foie guéri par ponctions. 3 ans après, vomique et pneumothorax.	Opération de l'empyème Flot de pus et de membranes hydatides. Elle provoque une vomique. Lavage. Drains.	Lavage provoque suffocation. Autopsie.	Mort 8 jours après l'opération dans le collapsus.

162	Los quistes hídricos. Buenos-Aires, 1901, cas 666. POSADAS, <i>Rev. de chir.</i> , 1899, cas 45.	lobes supérieur et du lobe inférieur gauches.	Il y a une semaine chute et à la suite expectoration fébrile due à gangrène pulmonaire.	par toux, hémoptysie.	nage portant sur le kyste inférieur seulement.	au volume d'un œuf de poule est trouvé à l'autopsie.	(Vegas et Cranwell). 3 heures après de schok (Posadas).
163	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 681. Cette obs. semble être la même à quelques détails près que l'obs. II de ZAMBRA. <i>Semana medica</i> , 1900, p. 458-461.	H 15 Kyste du poumon droit et « un autre dans le foie ».	Depuis 8 jours point de côté toux. Troubles aggravés par une ponction. On fait une 2 ^e ponction de la plèvre retirant 1 litre de liquide trouble. Apparition de signes de pneumothorax. Opération du kyste hépatique supprimé [Pour Vegas et Cranwell, non pour Zambra] par résection costale.	5 jours après l'opération du foie, incision de la plèvre, issue de pus et de vésicules.	Arrivé à l'hôpital avec un état très grave.	Mort au bout de quelques jours (par hémorragie dans le kyste Zambra).	
164	WILLIAMS, <i>The Lancet</i> , 1864, t. II, p. 632.	H 23 Kyste de la plèvre gauche.	Début il y a un an par hémoptysie. Apparition il y a 6 mois d'une tumeur sur le côté gauche de la poitrine.	Incision de la tumeur. Issue d'une très grande quantité de pus et d'hydatides ainsi que d'air (communication avec les bronches).	A l'autopsie. On trouve un kyste de la face convexe du foie adhérent au diaphragme. On ne dit pas qu'il y ait communication des deux.	Mort quelques temps après.	
165	ZILDEBERG, in CHROLINE, <i>Chirurgia</i> , 1900.	F 26 Kyste du côté droit.	Pleurésie purulente.	Réséction de la 7 ^e côte. Issue de pus et de 60 vésicules hydatides.	Pas d'autopsie.	Mort au 7 ^e jour par collapsus.	

III. — Kystes dont l'état de suppuration n'est pas mentionné.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEXE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
A. — Guérisons.							
166 ASCOLI, <i>Riforma medica</i> , 1894, II, p. 729.	?	?	Kyste de la plèvre.		« Opéré par une large brèche. »	La ponction avait été négative, le perkyste très dur se laissant refouler.	Guérison.
167 BAILY, <i>Proceedings of S.A. Branch of the British med. assoc.</i> , 29 juillet 1881.	H	15	Kyste de la partie postérieure de la base du poumon droit.		Incisions : 1 ^o à la partie postérieure entre 9 ^e et 10 ^e côtes. 2 ^o à la partie postérieure entre 7 ^e et 8 ^e côtes. 3 ^o à la partie antérieure entre 5 ^e et 6 ^e côtes. Drains traversant la poitrine		Guérison.
168 BAILY, <i>Ibid.</i>	F	10	Kyste de la partie postérieure de la base du poumon droit.		Incision dans le 5 ^e espace en dehors du mamelon. Contre-incision en arrière.		Guérison.
169 A. BECKNER, <i>Beiträge zur klin. Chir.</i> , 1907, Bd. 36, H. 1, p. 1-184, obs. 19 (cas publiés antérieurement par GARRÉ et SULTAN).	H	39	Kyste du volume d'une pomme dans le poumon droit (lobe moyen).	Début, il y a 1 an, par hémoptysies répétées (une hémoptysie de 1 litre).	16 janvier. — Résection costale. Ouverture large de la plèvre. On sent la tumeur dans le poumon rétracté. Résection d'une 2 ^e côte. Suture du poumon à la paroi, au pourtour de la tumeur. 25 janvier. — Pneumotomie. Évacuation de vésicules.	Le malade eut encore 3 hémoptysies.	Guérison lente persistant depuis 7 ans.

171 A. BECKER, <i>Ibid.</i> , os. 25.	F 15	Kyste du lobe su- périeur du pou- mon gauche.		Incision. Drainage.	Coexistence d'un kyste du rein gauche, qui per- siste encore en 1906.	Guerison persis- tant depuis 3 ans.
172 A. BECKER, <i>Ibid.</i> , obs. 30.	F 36	Kyste de la plèvre droite ouvert dans le poumon.	Signes de pleurésie et de tuberculose pulmonaire. Expectoration de vé- sicules.	Opération.	L'opération a été pratiquée dans la chambre de Sauerbruch.	Guerison persis- tant depuis 1 an.
173 BIRD, <i>Austral. med.</i> <i>journal.</i> , 1875, p. 304.	H 38	Volumineux kyste du poumon droit.		Ponction. On agrandit l'ouverture et on enlève presque entier le kyste.	L'autopsie démon- tra que le kyste était radicale- ment guéri. Il ne restait qu'une petite fistule.	Guerison du kyste mais mort par érysipèle et ab- cès du poumon
174 BIRD, <i>Ibid.</i> , (Ma- lade du Dr Ba- rett).	F 22	Kyste du poumon gauche.		Extirpation complète.	La malade reste 72 jours à l'hô- pital.	Guérison.
175 BIRD, <i>Ibid.</i>	F 21	Kyste du poumon droit.		Ponction et incision. Le kyste est extrait par morceaux.	La malade reste 97 jours à l'hô- pital.	Guérison.
176 BIRD, <i>Ibid.</i> , (Ma- lade du Dr Ba- rett).	F 33	Kyste du poumon droit.		Extraction complète.	La malade reste 64 jours à l'hô- pital.	Guérison.
177 BIRD, <i>Ibid.</i>	F	Kyste du poumon gauche.		Ponction et incision. Le kyste est extrait par morceaux.	La malade reste 62 jours à l'hô- pital.	Guérison.
178 BIRD, <i>Ibid.</i>	F 22	Kyste du poumon droit d'un volu- me énorme.	Signes très graves de syncope et d'étouf- fement.	Ponction et incision.	La malade reste 44 jours à l'hô- pital.	Guérison.
179 BIRD, <i>Ibid.</i>	H 12	Kyste du poumon droit.		Ponction et incision.	Le malade reste 69 jours à l'hô- pital.	Guérison.

Kystes dont l'état de suppuration n'est pas mentionné. — Guérisons (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
180	BIRD, <i>Austral med. Journ.</i> , 1884, p. 173.	F	9			Ponction dans le 3° espace. 2 jours après, incision et extirpation du kyste. Drainage.	Les jours suivants lavages fréquents de la cavité.	Guérison complète en un mois.
181	BIRD, <i>Austral med. Journ.</i> , 1884.	H	Adulte	Kyste de la partie antérieure de la base du poulmon droit.	Doigts hippocratiques.	Ponction dans le 5° espace. Puis incision.	Lavages antiseptiques pendant 3 semaines.	Guérison.
182	BUECKROFF, <i>Inaug. Diss</i> Greifswald, 1882.	H	25	Kyste de la base du poulmon droit.		Incision. Résection de la 6° côte. Une ponction exploratrice ramène du sang. On ne peut pas trouver la cavité. On referme la plaie. Pneumotomie.		Guérison complète.
183	BOBROFF cité par CHOLIN, <i>Chirurgia</i> , 1900.	F	47	Kyste du poulmon gauche.				Guérison complète un mois 1/2 après l'opération.
184	FESGER et HOLLISTER, <i>Ann. S. of the Med. Sc.</i> , 1881, p. 371.	H	34	Kyste de la partie moyenne du poulmon droit.	Signes physiques très modifiés par les changements de position.	Incision en avant dans le 3° espace. Contre-ouverture dans le 5° espace. Lavage de la poche. Extirpation du kyste.		Guérison en 102 jours.
185	FITZGERALD cité par BIRD, <i>Medical Times</i> , 1873, t. II, p. 164.					Incision. Curettage.		Guérison.
186	GARDNER, <i>Austral med. Journ.</i> , 1894, p. 357.			Kyste du poulmon.		Pneumotomie.		Guérison.

189 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
190 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
191 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
192 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
193 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
194 GARDNER, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
195 HARTING, Th. de HALLE, 1883.	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
196 HOFEMANN, <i>Mercure di méd.</i> , 7 janvier 1891.	Kyste du poutmon.	Réséction costale. La paroi du kyste mesure 2 cent. d'épaisseur.	Persistance d'une fistule pendant plusieurs semaines.
197 HOFFMANN, <i>Ibid.</i>	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
198 ISRAËL, XV ^e Congrès Allem., 7 avril 1886.	Kyste rompu dans les bronches.	Ponction exploratrice. Résection des 7 ^e et 8 ^e côtes. Ouverture du kyste.	Accidents consécutifs dus pour la plupart à la ponction.
199 KÜSTER, <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1890.	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
200 MOSLER et VOGT, <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1883, p. 601.	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
201 OTTO, <i>St-Petersburgh. Woch.</i> , 1884, n° 11.	Kyste du poutmon.	Pneumotomie.	Guérison.
202 PÉAN, <i>Cong. de chir.</i> , Paris 1897.	Kyste du poutmon.	Pneumotomie. Marsupialisation. Drainage. Injections iodées.	Guérison.

Kystes dont l'état de suppuration n'est pas mentionné. — Guérisons (suite).

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
203	POTHEBAT, <i>Cong. de chir.</i> , Paris, 1897.	H	41	Kyste très volumineux du poumon droit.	Signes d'épanchement pleural.	Incision. Pas de liquide dans la plèvre, dont les feuillets adhèrent. Incision du kyste. Lavage. Drainage.		Guérison.
204	QUÉNU et CLASSE, <i>Soc. de chir.</i> , 1897, p. 840-844.	H	22	Kyste du poumon droit.	Souffle au niveau des 5 ^e et 6 ^e côtes en avant.	Réssection de 12 cent. des 5 ^e et 6 ^e côtes. Adhérences pleurales, mais incomplètes; la déchirure de l'une d'elles provoque un petit pneumothorax sans accident.	4 mois après persistance d'une fistule. Oblitération par réssection en cône du tissu cicatriciel, fermeture du poumon par une suture en bourse, application d'un lambeau cutané.	Guérison. Le malade que nous connaissons est actuellement très bien portant.
205	REBIÈRE, Th. de Paris, 1895.	F	58	Kyste primitif de la plèvre droite.		Pleurotomie dans 3 ^e espace. Drainage. Lavages boriqués.	1 ^{er} 6 jours après expulsion d'un kyste et de végétations.	Guérison lente.
206	RIBERA SANS, <i>El Siglo Médico</i> , 1908, 16 ^e mai, n° 2840, p. 307-312, obs. 1.	F	14	Kyste du poumon droit, ayant débuté à la base	Signes physiques très nets, analogues à ceux d'un épanchement pleural. Augmentation de la dyspnée provoque l'opération.	Réssection de 2 cent. de la 3 ^e côte. Plèvre adhérente. Incision de la plèvre et du poumon. Extraction de la membrane; marsupialisation.		Guérison. La malade sort 4 mois après.
207	RIBERA SANS, <i>El Siglo Médico</i> , 1908, 16 ^e mai, n° 2840, p. 307-312, obs. 2.	H	31	Kyste de la base du poumon gauche.	Douleurs, dyspnée, toussure, matité, etc...	Après une ponction exploratrice positive, réssection de 1 cent. de la 7 ^e côte. On tombe		Guérison. Le malade sort 2 mois après.

208	THOMSON, <i>Royal med. and surg. Soc.</i> , 1850.	Kyste du côté droit.	Diagnostic : phthisie pulmonaire avancée. Expectoration d'hydathides. Formation d'une tumeur dans le 1 ^{er} espace.	Incision. Issue d'hydathides. Incision. Exirpation. Drainage.	Guérison.
209	TODD, <i>Intercolon. med. Journ.</i> , 1894, p. 239.	Kyste du poumon. gauche.			Guérison.
210	VEGAS et CRANWELL, <i>Los quistes hidatídicos en la República Argentina</i> , Buenos Aires, 1901, cas 649.	H 18 Kyste du poumon. gauche.	Début il y a 4 mois par douleur et toux vomiques.	Réséction des 6 ^e , 7 ^e et 8 ^e côtes sur la ligne axillaire. Ouverture du poumon. Extraction des restes du kyste. Tamponnement.	Guérison.
211	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 656.	F 29 Kyste du poumon.		Incision et drainage.	Guérison.
212	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 657.	F 17 Kyste du poumon.		Incision et drainage.	Guérison.
213	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 659.	H 43 Kyste de la base du poumon gauche.	Début il y a 7 mois par douleur, accès de suffocation, hémoptysies.	Incision. On traverse une couche de tissu pulmonaire atélectasie. Ouverture du kyste. Drainage.	Guérison.
214	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 664.	H 29 Kyste du poumon.		Incision et drainage.	Guérison.
215	VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 674.	F 57 Kyste du poumon.		Incision et drainage.	Guérison.

Kystes dont l'état de suppuration n'est pas mentionné. — Guérisons (suite).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	ÂGE	SEXE	SIÈGE	HISTOIRE CLINIQUE	INTERVENTIONS	REMARQUES	RÉSULTAT
216 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 686	42	F	Kyste du poulmon gauche.	Début il y a 2 ans par expectoration sanguinolente. Matité à la base gauche. Ponction : liquide clair.	Marsupialisation et drainage.		Guérison.
217 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 690.	5	H	Kyste du poulmon.		Incision et drainage.		Guérison.
218 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 692.	30	H	Kyste du poulmon.		Incision et drainage.		Guérison.
219 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 696.	10	H	Kyste du poulmon droit.		Thoracotomie et drainage.		Guérison.
220 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 700.	60	H	Kyste du poulmon.		Incision et drainage.		Guérison.
221 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 702.	25	H	Kyste du poulmon gauche.	Matité.	Incision et drainage.		Guérison.
222 VEGAS et CRANWELL, <i>Ibid.</i> , cas 710.	38	H	Kyste de la plèvre droite.		Incision et drainage.		Guérison.

B. — Résultats inconnus.

223 VEGAS et CRANWELL, <i>Los quistes huda- dicos</i> , Buen os- Aires, 1901, cas 633.	44	H	Kyste du poulmon droit.	Tuberculose pulmo- naire concomitante.	Réséction costale. Inci- sion du poulmon. On ne peut arriver sur kyste.		Etat stationnaire Le malade est perdu de vue.
---	----	---	-------------------------	---	--	--	---

C. — Morts.

225	A. BECKER, <i>Bei träge zur Klin. Chér.</i> , 1907 Bd., 56, H. 1, p. 1-184. Obs. 13 (cas publié antérieurement par GARRÉ et SULTAN).	F 26	Kyste du poumon gauche.	Début il y a 1 an par pleurésie. Il y a 8 jours rejet de 2 litres de liquide rosé. Les jours suivants, liquide clair avec crochets. T. : 39,1.	14 mars. — Résection 8° côte en arrière. Evacuation de liquide pleurétique sero-fibrineux. — Résection de la 5° côte pour empyème enkysté. 25 mars. — Rupture spontanée d'un kyste dans la plèvre.	Accidents infectieux consécutifs.	Mort le 10 avril de septicémie.	Etat stationnaire.
226	A. BECKER, <i>Ibid.</i> , obs. 21.	F 35	Kyste du poumon.			Mort pendant l'opération, par rupture du kyste et aspiration dans le poumon sain.	Mort.	
227	HARTWIG, Th. de Halle, 1883.				Pneumotomie.		Mort.	
228	LECLERC et TILLIER, <i>Hygon méd.</i> , 8 sept. 1889.	H 20	Kyste de la plèvre gauche.		Opération de l'empyème.		Mort 3 jours après dans le collapsus.	
229	D. THOMAS, <i>Austral. med. jou. n.</i> , 1889, p. 305.	H 45	Kyste du poumon droit occupant toute sa hauteur.		Ponction exploratrice suivie d'incision dans le 5° espace. Contre-ouverture dans le 9° sur la ligne axillaire postérieure. Gros drain. Extraction de la membrane mère.	Autopsie : Pneumonie gauche. Pleurésie et péricardite	Mort le 22° jour de septicémie.	

Observation I.

Le nommé B... Léon, âgé de 28 ans, mécanicien, entre dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital de la Pitié, le 4 janvier 1907, pour un kyste hydatique du poumon droit. Ce diagnostic a été porté par M. Letulle, dans le service duquel le malade a été hospitalisé du 16 octobre au 20 octobre 1906, à l'hôpital Boucicaut, et qui, le diagnostic confirmé par une vomique contenant un débris de fausse membrane, nous l'adresse à fin d'opération.

Histoire clinique du malade. — Les troubles pulmonaires ont débuté chez ce malade, il y a 2 ans $1/2$, en mai 1903, par une hémoptysie assez abondante de la valeur « d'un quart de verre à boire » environ. A la suite de cette hémoptysie le malade continua à cracher, mais n'eut plus de crachats sanglants.

Il y a 20 mois environ, poussée d'urticaire qui paraît provoquée par l'ingestion de poisson, quoique jamais cette ingestion ne provoqua dans la suite d'urticaire.

Il y a 15 mois, en juillet 1905, nouvelle hémoptysie assez abondante ; le malade aurait rempli un crachoir de sang, puis, une heure après cette hémoptysie survenue brusquement, le malade rejette en toussant une grande quantité de liquide glaireux et fétide dans lequel il ne remarque pas la présence de vésicules ou de membranes.

Les jours suivants le malade rejette en toussant des débris qu'il compare comme consistance et comme couleur à des morceaux de foie de veau et qui étaient apparemment de petits caillots de fibrine provenant d'une hémorragie intrakystique. Cette expectoration de débris fibrineux, expulsés au milieu de quintes de toux, dura 14 semaines environ puis cessa. Le malade ne rejetait plus alors que des crachats mucopurulents et hémoptoïques.

L'état général restait excellent, le malade engraissait plutôt et ne présentait aucun symptôme de tuberculose pulmonaire.

Il y a six mois, apparition dans les crachats d'un élément nouveau : ce sont des peaux blanchâtres d'un millimètre d'épaisseur environ, dont

les plus larges atteignent les dimensions d'une pièce de 2 francs et que le malade compare à des fragments de tœnia quand elles ne sont pas déroulées et étalées.

Le rejet de ces peaux blanchâtres s'est renouvelé à six reprises différentes, la dernière fois le 7 octobre 1906, avant l'hospitalisation du malade à l'hôpital Boucicaut.

Son entrée dans le service de M. Letulle eut lieu le 17 octobre 1906 ; à cette date on constate chez ce malade : toux fréquente, quinteuse, toujours suivie d'expectoration, expectoration souvent abondante, muco-purulente, dont la quantité varie dans les changements de position ; cette quantité est également plus grande le matin au lever. Parfois la nuit sensation de plénitude intrathoracique, il semble au malade « qu'il a une poche dans sa poitrine, poche qu'il vide au réveil ». Pas de dyspnée, pas de point de côté, pas de douleurs thoraciques depuis les 4 derniers mois, mais auparavant douleur localisée en dedans du mamelon gauche et irradiée dans la région dorsale. Il y aurait eu à ce moment une voussure dans la région splénique, constatée par un médecin, et qui a disparu depuis.

Signes physiques. — *Appareil respiratoire.* — A l'inspection : on constate une légère voussure à droite et en arrière, allant du 6^e au 11^e espace intercostal du côté droit, le long du bord droit de la colonne vertébral.

A la percussion : sonorité et même tympanisme dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux du côté droit en avant. Le reste de la paroi thoracique antérieure du côté droit étant submat jusqu'au 4^e espace où commence la matité hépatique à 20 centimètres au-dessus du rebord costal (ligne axillaire). En arrière un peu de submatité au niveau de l'angle postérieur des côtes vers la 6^e vertèbre dorsale, sans qu'on puisse apprécier nettement les limites de cette matité.

A l'auscultation : à droite et en arrière on ne perçoit aucun signe cavitaire, tout au plus la respiration est-elle un peu plus soufflante au niveau du pédicule pulmonaire et un peu plus rude en ce point.

En avant on perçoit un souffle bronchique rude au niveau des 2^e et 3^e espaces intercostaux droits, à 7 ou 8 centimètres de la ligne médio-sternale, au niveau de la zone à sonorité tympanique.

Tous les autres appareils et organes sont sains.

En présence des commémoratifs donnés par le malade, et malgré l'absence de tout symptôme objectif, M. Letulle pensa à la possibilité d'un kyste hydatique du poumon droit indépendant du foie ; mais n'ayant pu constater effectivement la présence des membranes kystiques dans les crachats, le diagnostic resta hésitant.

Il faut ajouter que le frémissement hydatique fut recherché à maintes reprises et ne fut jamais constaté.

Le malade sortit de Boucicaut le 20 octobre 1906, ayant toujours même expectoration muco-purulente, parfois hémoptoïque. Son état général se maintient excellent. Loin de maigrir le malade engraisse : jamais il ne s'est mieux porté.

Le 20 décembre 1906, ayant repris son travail, il rejette dans un effort de toux une fausse membrane, qu'il apporte au Dr Letulle et qui confirme le diagnostic jusque-là hésitant de kyste hydatique du poumon droit.

A ce moment, le 24 décembre, le malade est envoyé à la radiographie. L'examen des deux radiographies dues à M. Contremoulins révèle nettement la présence entre les 5^e et 7^e côtes du côté droit, à trois petits travers de doigt en dehors de la ligne épineuse, d'une zone opaque de la grosseur d'une orange. Cette zone est arrondie et limitée par des bords très nets. Elle est de lecture beaucoup plus nette sur le cliché antéro-postérieur que sur l'image postéro-antérieure ; la poche kystique qu'elle révèle est donc beaucoup plus rapprochée de la paroi thoracique postérieure dorsale, que de l'antérieure.

Sur les conseils de M. Letulle, le malade entre le 4 janvier 1907 dans le service de M. le professeur Terrier à l'hôpital de la Pitié.

A l'inspection nous constatons l'existence très nette d'une légère voussure à droite du rachis au niveau de la partie postérieure des 5^e et 6^e espaces intercostaux du côté droit.

Les téguments ne sont pas œdématisés à ce niveau, ils ne présentent non plus aucune modification appréciable de vascularisation.

A la percussion on n'obtient aucun renseignement utilisable en ce qui concerne la délimitation de la cavité kystique.

L'auscultation ne révèle également aucun symptôme cavitaire ou pseudo-cavitaire. La respiration est seulement un peu rude et soufflante au niveau du pédicule pulmonaire et des grosses bronches du côté droit.

Jamais on n'a pu provoquer de frémissement hydatique.

Le malade, interrogé par nous à différentes reprises sur ce point, nie toute cohabitation avec des chiens, passée ou présente. Jamais il n'a eu de chien, sa famille non plus.

Du 4 au 23 janvier 1907, date de l'opération, le malade n'a présenté aucun accès fébrile, son état général s'est maintenu excellent. Il rendait par 24 heures un plein crachoir de crachats muco-purulents parfois hémoptoïques. Cette expectoration n'était pas régulière : le matin au réveil il y avait une véritable vomique ayant mêmes caractères.

A cinq reprises différentes, du 4 au 23 janvier, il rendit des débris de membrane hydatique ; la dernière fois, le 18 janvier, le débris expectoré fut volumineux et sa longueur atteignait plus de 7 centimètres ; la vomique fut particulièrement abondante, comme si la cavité parakystique s'était remplie en arrière du débris de membrane hydatique engagé dans l'ouverture bronchique.

De multiples examens des vomiques pratiqués par le chef de notre laboratoire, le Dr Legros, révélèrent en plus des débris de la membrane proligère, des placards de desquamation épithéliale, de rares bactéries. Jamais on ne trouva de crochets d'embryons hexacanthés.

Le 22 janvier, le malade fut envoyé à M. Contremoulins, à fin de repérage de la cavité kystique, et l'opération fut fixée au lendemain 23 janvier.

La quantité d'urines rendues en 24 heures était en moyenne de 1.400 centimètres cubes, avec 19 gr. 63 d'urée par litre ; ni albumine ni sucre.

L'examen du sang, pratiqué par M. Legros, à deux reprises différentes, permit de constater la présence d'éosinophiles, mais dans la proportion de 2 0/0 seulement.

Antécédents.— On ne trouve rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires de notre sujet : ses père et mère sont encore vivants et bien portants. Il a un grand-père de 80 ans fort bien portant également. Trois sœurs sont vivantes et bien portantes.

Lui-même ne signale dans son passé pathologique qu'une bronchite à l'âge de 10 ans. Mais il souffre d'un catarrhe pharyngé depuis longtemps. Il s'est fait exempter du service militaire pour arythmie cardiaque voulue et provoquée.

Marié depuis trois ans, il n'a pas d'enfants.

Il se dit sobre et ce renseignement nous a été confirmé par sa famille. Nous n'avons trouvé chez lui aucun symptôme de bacillose, de syphilis ou d'éthylisme, mais de multiples signes de nervosisme, peut-être dus à l'intoxication hydatique, car ils étaient d'apparition récente.

Opération. — L'opération eut lieu le 23 janvier 1907. Opérateur : M. Gosset. Aide : M. Küss. Chloroforme : M. Boureau.

Le malade étant endormi et préparé, M. Contremoulins repère avec son appareil la situation du kyste entre les 5^e et 7^e côtes, mais la direction donnée par l'aiguille indicatrice fut trouvée un peu supérieure à la situation réelle du kyste.

Les temps de l'opération furent les suivants :

1^{er} Incision cutanée : taille d'un grand lambeau à convexité inférieure depuis la 5^e côte jusqu'à la 8^e sur la partie postéro-latérale du thorax droit, le malade étant incliné sur le côté sain.

2^o Relèvement du lambeau musculo-cutané et hémostase,

Il est à noter que les tissus étaient plus richement vascularisés que normalement et saignaient beaucoup.

3^o Résection des 5^e, 6^e et 7^e côtes sur une longueur de 5 centimètres environ à partir de l'angle des côtes. Incision du plan intercostal de bout en bout de la plaie et ligature des artères intercostales.

4^o Dénudation de la plèvre pariétale un tout petit peu épaissie et blanchâtre, mais à travers laquelle on aperçoit le va-et-vient d'un poumon très mobile, et même tout en bas de la plaie, une zone blanchâtre, mobile avec le poumon et correspondant évidemment à la surface du kyste pulmonaire.

5^o Ouverture graduelle de la plèvre pariétale et production graduelle du pneumothorax, l'air n'arrivant que petit à petit et filtré par des compresses dans la cavité pleurale. Après une phase que l'on pourrait qualifier de période tragique pendant laquelle le poumon se livre à des mouvements désordonnés, arythmiques d'ampliation et de rétraction, et pendant laquelle l'air pénètre dans la cavité pleurale et en ressort avec fracas et production de spume sanglante, on observe une accalmie relative.

Le poumon se dilate à intervalles réguliers, et cette dilatation assez

brusque et de degré moyen correspond exactement à la période d'expiration, de rétraction du thorax et du poumon sain.

6° Le pneumothorax est bien supporté, l'oxyhématoxe redevient normale après une courte période de cyanose légère de la face et des extrémités.

7° Exploration de la cavité pleurale : le kyste est aperçu à la partie inférieure du poumon droit ; il est immédiatement sus-jacent au bord inférieur et à la base du poumon.

8° On aînène tout contre la brèche pleurale la partie du poumon immédiatement sus-jacente au kyste, à l'aide de clamps élastiques à estomac, et l'on immobilise avec les doigts la partie du poumon où siège le kyste.

9° Fixation de tout le pourtour pleuro-pulmonaire du kyste aux lèvres de l'incision pariétale pleurale et musculaire. On obtient ainsi une fermeture complète de la cavité pleurale.

10° Ouverture du kyste sans avoir à traverser de tissu pulmonaire. Extirpation de la membrane germinative qui est enlevée en un seul morceau. La cavité kystique est du volume d'une orange.

11° Marsupialisation de la cavité kystique par un nouveau cercle de sutures musculokystiques.

Drainage de la poche avec deux drains n° 40, le kyste étant suppuré.

12° On lave le pourtour de la plaie avec une solution formolée à 1/10.

13° Aspiration avec l'appareil Potain de l'air épanché dans la cavité pleurale ; on arrête l'aspiration à l'apparition à l'index de verre de quelques gouttes de liquide rosé.

Pansement.

Durée de l'opération : 49 minutes.

Chloroforme donné : 67 centimètres cubes.

Pouls après l'intervention : 100 pulsations à la minute.

Suites opératoires immédiates. — 23 janvier. — Soir : température 36°8. Le pouls est à 98 pulsations à la minute. On fait au malade six piqûres d'huile camphrée dans l'après-midi et la soirée.

L'état général est bon ; la respiration un peu anhéante. Pas de cyanose.

24. — Matin : T. 37°1. P. 100. Toux fréquente amenant le rejet de gros crachats abondants, muco-purulents, sanguinolents. Cette

toux et cette expectoration ont empêché tout sommeil pendant la nuit, malgré une injection de morphine.

Soir : T. 37°9. P. 110. 4 piqûres d'huile camphrée dans la journée.

25. — Matin : T. 37°6. P. 100. Crachats franchement sanglants. Suintement sanglant au niveau de la plaie : le pansement est traversé ; on change les compresses sans toucher au drain.

Soir : T. 38°3. P. 120.

26. — Matin : T. 37°4. P. 118. Pansement. Ablation d'un drain et raccourcissement de l'autre. Suintement assez abondant d'une sérosité louche, sanguinolente, d'odeur fétide.

Soir : T. 38°6. P. 124.

27. — Matin : T. 37°3. P. 112.

Soir : T. 38°2. P. 116. Changement des compresses.

28. — Matin : T. 37°8. P. 118. Le malade présente à 9 h. 1/2 du matin une violente poussée d'urticaire, généralisée, avec rougeur extrême des téguments, cloques, et prurit particulièrement marqué à la face, aux bras et aux membres inférieurs. Crise de sudation profuse concomitante. Pendant cette crise qui dure 3/4 d'heure, la respiration est très gênée, pénible, comme si à la poussée d'exanthème correspondait une poussée d'érythème s'étendant à tout l'appareil trachéo-broncho-pulmonaire. Pansement temporaire. A l'auscultation, on entend nettement le murmure vésiculaire dans toute l'étendue du côté droit. On fait passer un courant de gaz oxygène par le drain à l'aide d'une canule de verre. Pansement

Soir : T. 38°5. P. 118. Crachats toujours abondants, muco-purulents, mais moins hémorragiques.

29. — Matin : 38°. P. 118. Pansement après avoir fait passer à nouveau un courant d'oxygène par le drain.

Soir : T. 38°4. P. 116.

30. — Matin : T. 38°. P. 116. Les crachats sont moins abondants, mais toujours d'odeur fétide. L'analyse microscopique y a révélé la présence de nombreux globules blancs et de peu de bactéries (quelques pneumocoques et quelques bacilles longs) ; pas de bacille de Koch.

Suintement moins abondant au niveau de la plaie.

Soir : T. 38°6. P. 110.

Depuis le 27, le malade est agité la nuit et se plaint d'affreux cauche-

mars (coups dans la tête, navigation accidentée, zoopsie, etc.). Un examen complet dirigé dans ce sens auprès de la famille ne nous a révélé cependant la présence d'aucun symptôme d'éthylisme. Il paraît rationnel de mettre ces désordres psychiques sur le compte de l'intoxication hydatique qui s'est manifestée d'autre part et à même date par l'éruption ortiée.

L'état général du malade est excellent. On prescrit de l'ergot de seigle contre les phénomènes nerveux. Notre opéré sort du service le 8 mars 1907 en excellent état de santé. A cette date il y avait trois jours pleins que « le souffle ne passait plus par sa fistule ; il mouillait encore trois compresses par 24 heures ».

Tous les deux jours il revient se faire panser par l'externe du service et nous le revoyons le 9 avril 1907 ; « tout est fini depuis 8 jours », la fistule est entièrement cicatrisée ; le malade a rendu encore quelques crachats hémoptoïques « la valeur de deux coquetiers en tout », mais il se trouve parfaitement bien et son état général est superbe.

M. Letulle, auquel nous l'avions adressé à sa sortie de l'hôpital, veut bien nous faire remettre par le malade lui-même la note suivante : « Votre malade est en état parfait. Sa respiration est affaiblie, presque silencieuse en arrière, dans la zone post-opératoire. Mais cela n'est que tout naturel. En avant il y a expiration un peu soufflante et lointaine. Par précaution je lui conseille néanmoins l'exil à l'air propre pendant 3 mois encore. »

Nous avons vu le malade récemment. La guérison est absolue et sa respiration est redevenue normale partout.

Observation II.

Kyste hydatique suppuré du lobe supérieur du poumon droit.

Thoracotomie. Drainage. Guérison.

Henri F. . . , âgé de 25 ans, imprimeur, entre dans le service de M. le Prof. Terrier, à l'hôpital de la Pitié, le 12 avril 1907, venant d'un service de médecine du même hôpital, où l'on a fait le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit.

Antécédents. — Père bien portant.

Mère morte il y a 18 ans à la suite de couches.

Six frères et sœurs bien portants.

Le malade a eu à 17 ans une orchite, qui a guéri complètement en quinze jours. Il n'a jamais eu d'autre maladie et en particulier il n'a jamais présenté de signes d'affection pulmonaire.

Il a toujours habité Paris et n'a jamais eu de chien ni vécu avec des chiens.

Histoire de la maladie actuelle. — La maladie débute au commencement de février 1907, par de la toux sèche et quinteuse, une fatigue générale, perte d'appétit, manque de forces, vomissements alimentaires. Le malade mit ces troubles sur le compte d'une grippe et ne se soigna pas autrement. Cependant au début du mois de mars, son état s'aggravait au point de nécessiter le séjour au lit. Le 12 mars, le malade se décidait à entrer à l'hôpital et était reçu dans un service de médecine.

Là, quinze jours environ après son entrée, on lui fit sur le bord sternal droit, à peu près au niveau du 3^e ou 4^e espace intercostal droit, une ponction exploratrice, puis une ponction évacuatrice, qui ramena 400 grammes d'un liquide clair comparable à de l'eau de roche. L'examen attentif de ce liquide ne montra pas de crochets d'échino-coque. Cependant on fit le diagnostic de kyste hydatique probable du poumon droit.

Au moment de la ponction, il n'y eut aucun incident, mais le malade, qui jusque-là n'avait jamais craché de pus, commença les jours suivants à avoir de la fièvre et en même temps des signes de pneumothorax du sommet droit. De plus il se mit à cracher du pus, et même à avoir de véritables vomiques purulentes : tous les 5 ou 6 jours il expectorait d'un seul coup une demi-cuvette de pus. Comme il le dit lui-même, la poche mettait quelques jours à se remplir, puis quand elle était pleine, elle se vidait.

Il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Le 12 avril il est passé dans le service de clinique chirurgicale.

Examen. — Nous sommes en présence d'un malade très amaigri, très faible, à tel point qu'il est très difficile de l'examiner. Sa température axillaire est entre 37° et 37°5. Son pouls n'est pas très rapide. Un peu de dyspnée. Expectoration muco-purulente abondante, sans caractères particuliers : le malade n'a jamais craché de membranes.

A l'inspection du thorax, rien d'anormal ; les côtes sont seulement plus saillantes par suite de l'amaigrissement très marqué du sujet.

La palpation montre une diminution des vibrations vocales au sommet droit en avant et en arrière.

A la percussion il existe dans la moitié supérieure du thorax droit en avant et en arrière une sonorité exagérée, presque tympanique.

L'auscultation permet d'entendre dans la même région une souffle très net à caractères amphoriques et du gargouillement. Il y a de la bronchophonie. La succussion hippocratique n'est pas recherchée pour ne pas fatiguer le malade.

Sur le poumon gauche, rien d'anormal.

Les bruits du cœur sont normaux.

Rien du côté de l'abdomen.

L'analyse des urines pratiquée le 8 mai donne :

Quantité d'urines	800 gr. par jour
Urée	22 gr. 20 par litre
Pas d'albumine.	
Pas de sucre.	

L'état général est très altéré, le malade est très faible, ne peut pas rester assis sur son lit sans être soutenu. Appétit très diminué.

En présence de ces signes et étant donné la notion de l'issue de liquide clair par ponction, on porte le diagnostic de « kyste hydatique primitif du lobe supérieur du poumon droit, rompu dans les bronches, infecté, avec présence d'air dans le kyste donnant lieu à des signes cavitaires ».

Mais malgré la suppuration, en raison de l'altération de l'état général, on renonce à pratiquer une intervention qui paraît devoir être fatale.

Cependant au cours du mois suivant, un peu contre notre attente, l'état du malade s'améliore, il reprend des forces et commence à manger.

Par contre, l'expectoration demeure toujours abondante, un crachoir par jour, muco-purulente. Les signes physiques cavitaires persistent.

Dans la seconde quinzaine du mois de mai, le malade est en assez bon état pour pouvoir être envoyé chez M. le Dr Bécclère. Celui-ci pratique d'abord une radioscopie, puis une série de radiographies dont on trouvera plus loin les épreuves.

La radiographie n° 1 a été prise le sujet étant couché sur le dos, comme sont prises à tort la plupart des radiographies de thoxax : elle

montre une ombre de même intensité sur toute son étendue, occupant la moitié supérieure du thorax droit, et ayant un contour inférieur nettement arrondi. Cette radiographie suffisait à faire faire le diagnostic de kyste hydatique ; mais elle ne donnait aucun renseignement sur l'état du kyste.

Les trois autres épreuves au contraire ont été prises le thorax étant vertical, le malade assis dans le fauteuil spécial de M. le Dr Bécclère. Le N° 3 montre la zone, répondant au kyste, divisée nettement en deux parties : une partie inférieure très obscure, due à la présence du liquide, qui s'accumule dans la partie déclive ; une partie supérieure non seulement claire, mais plus claire même que le tissu pulmonaire normal ; elle répond en effet à la zone kystique contenant de l'air, air plus facilement traversé par les rayons X que le poumon, et surtout que le liquide. Ces deux zones sont séparées par une ligne nette horizontale répondant au niveau du liquide. Pour les N°s 2 et 4, on a fait incliner le malade légèrement sur le côté droit et gauche : l'aspect divisé en deux zones séparées par une ligne droite persiste ; mais cette ligne, demeurant forcément toujours horizontale, prend par rapport à la direction des côtes une obliquité différente suivant chaque position.

La nature de la lésion, son siège, son état anatomique étant ainsi nettement précisés par la radiographie, confirmant le diagnostic clinique, l'intervention est décidée.

Opération. — L'opération est pratiquée par M. Gosset, le 11 juin 1907.

Incision curviligne à convexité inférieure sur la face antérieure du thorax droit : elle part à 2 centimètres au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule, sur le bord sternal correspondant, descend verticalement pendant 8 centimètres, s'arrondit en passant sur le bord supérieur de la 7^e côte sous le mamelon et remonte un peu en dehors vers le creux de l'aisselle. Cette incision intéresse la peau et les parties molles jusqu'au plan costal ; on relève ainsi vers en haut un large lambeau cutanéomusculaire.

Réséction des 4^e et 5^e côtes sur une longueur de 5 centimètres.

Au-dessous on trouve la plèvre épaissie et blanchâtre : ses deux feuillets sont adhérents.

On fait avec le gros trocart de l'appareil de Potain deux ponctions dans la région de la plèvre mise à nu. Ces ponctions ne ramènent au-

cun liquide, mais on sent que l'extrémité du trocart est libre dans la profondeur, on a pénétré dans une cavité.

On incise alors largement au bistouri, et on arrive dans la cavité, sans avoir pour ainsi dire traversé de tissu pulmonaire. On trouve dans la cavité des membranes hydatiques et une certaine quantité de pus, répandant une odeur infecte.

A ce moment le malade devient fortement cyanosé, le pouls est très petit et très rapide.

On évacue rapidement le contenu de la poche et on y place deux drains n° 40.

Cependant la cyanose diminue un peu, le pouls redevient meilleur.

On touche les tissus à l'eau oxygénée forte, et on rabat le lambeau dont quelques points de suture ferment les parties latérales.

Pansement.

Le pouls à la fin de l'opération est à 124.

Suites opératoires. — Le 11 *juin*, le soir de l'opération, la température est à 37° 8, le pouls à 108. On a fait au malade une injection de 2 centimètres cubes d'huile camphrée.

12. — Matin : T. 37° 2. P. 116. On change les compresses sans toucher aux drains. Soir : 38° 6. P. 124. Huile camphrée : 2 centimètres cubes.

13. — Matin : T. 37° : P. 108.

Soir : T. 38°. P. 110.

14. — Matin : T. 37°. P. 96. Pansement.

Soir : T. 37° 8. P. 104.

15. — Matin : T. 37°. P. 100. Pansement.

Soir : T. 38° 8. P. 104.

16. — Matin : T. 37° 6. P. 100.

Soir : T. 37° 2. P. 96.

A partir du 17 juin la température reste matin et soir au voisinage de 37° et le pouls autour de 80. On fait des pansements quotidiens.

Le 21, les fils sont enlevés.

Le 3 *juillet* on enlève un des drains.

Le second drain est progressivement diminué de longueur et de calibre.

Le malade quitte l'hôpital le 27 juillet, la plaie étant encore incomplètement cicatrisée, mais avec un état général excellent.

Il est radiographié à ce moment à nouveau par le Dr Bécclère, et l'épreuve montre un poumon presque normal (voir la radiographie n° 5).

Nous revoyons le malade le 15 décembre 1906. Il a un aspect extérieur de santé parfaite et est presque méconnaissable ; les joues sont colorées et il a engraisé d'une façon notable (malheureusement il ne s'est pas pesé ni avant l'opération, ni depuis). Il a abandonné son métier d'imprimeur et exerce celui plus fatigant de fumiste, depuis le mois d'octobre.

Il ne tousse plus et dit n'avoir plus souffert du tout depuis sa sortie de l'hôpital. La plaie est complètement cicatrisée depuis deux mois (4 mois environ après l'intervention).

A l'inspection du thorax nous constatons la cicatrice curviligne de l'incision opératoire, un peu déprimée sous le mamelon, au lieu de passage du drain. On ne constate aucune autre dépression ni voussure.

La palpation montre l'absence des côtes réséquées avec leurs extrémités correspondantes saillantes. Elle n'est pas douloureuse. Les vibrations sont normales partout.

La percussion révèle de la sonorité : cependant le timbre en est un peu moins élevé dans la région opératoire que du côté opposé.

A l'auscultation le murmure vésiculaire est absolument normal. Auscultation de la voix et de la toux normale.

Observation III.

L... Félix, employé de commerce, entre à la maison de santé de la rue Bizet, le 9 avril 1907.

Antécédents. — Antécédents familiaux : rien à noter.

Antécédents personnels : âgé de 52 ans.

Sa santé a toujours été très bonne, exception faite pour des accès de suffocation, sans cause connue, sans bronchite concomitante, qui seraient survenus il y a 20 ans et qui, au dire du malade, marqueraient peut-être la première étape de son affection actuelle.

Il est sobre, sans passé vénérien, marié et père de huit enfants bien portants.

Il n'y a pas de chien dans son entourage immédiat depuis plus de vingt ans.

Histoire de l'affection actuelle. — Les premiers symptômes firent leur apparition dans les premiers jours de septembre 1906, à la suite d'un refroidissement. Il y eut de la toux quinteuse, continue, une expectoration en quantité considérable d'un liquide mousseux, albumineux, strié de sang, et enfin un rejet de quelques morceaux de fausses membranes : celles-ci sont rendues, dit le malade, sous forme « d'un ballon blanc, aplati, qui, gonflé, aurait présenté les dimensions d'une orange ». Il est soigné pour une bronchite aiguë.

Le malade reprend d'ailleurs rapidement son travail de bureau et pendant les mois d'octobre et novembre, il jouit d'une santé à peu près bonne. Cependant il a une toux intermittente, un peu de fièvre vespérale et il maigrit légèrement.

Au mois de décembre, le 5, le malade présente des crachats teintés de sang rouge vif et une toux fréquente. Depuis quelques jours il a de la fièvre au voisinage de 39°. On entend des râles très fins au sommet gauche, en arrière et à la base droite.

Le lendemain le malade expectore des membranes blanches en forme de grains de raisin, qui sont reconnues être des vésicules hydatiques.

Pendant tout le mois de décembre, la fièvre s'installe en permanence, la toux est fréquente, les crachats sont de temps en temps maculés de sang et de pus, inappétence, amaigrissement, perte des forces.

Le 25 décembre on fait une radiographie : elle montre une tache arrondie dans la fosse sous-épineuse gauche. L'auscultation montre à ce niveau quelques râles.

Dans les premiers jours de janvier une amélioration notable se produit, la fièvre disparaît complètement, l'appétit et les forces reviennent, le malade engraisse. Il persiste seulement de la toux et une expectoration muco-purulente, sans aucun élément hydatique.

Le 2 février la fièvre remonte brusquement à 40° et ne quitte plus le malade jusqu'en mars.

Le 3 mars se produit une vomique très abondante de membranes et de pus. Le soir même la fièvre tombe et le malade entre dans une phase d'amélioration qui persiste jusqu'à ce jour. Il continue néanmoins à expectorer quelques membranes.

Etat actuel (le 10 avril 1907). — Il s'agit d'un homme de haute taille, de constitution vigoureuse. Bien qu'ayant maigri, il présente un degré d'embonpoint très suffisant. Pas d'urticaire, pas de prurit. Température : 37°.

Appareil respiratoire. — La toux est rare : il ne s'est pas produit une seule quinte pendant la durée de l'examen.

Pas de dyspnée : 16 inspirations à la minute.

Pas de point de côté.

Expectoration muco-purulente, très aérée, pouvant être évaluée : 100 grammes environ par 24 heures.

L'examen physique du thorax donne lieu aux constatations suivantes.

Rien à noter à l'inspiration.

Du côté droit : vibrations, percussion, auscultation normales.

Du côté gauche :

En avant : résonnance exagérée sous la clavicule.

Vibrations normales.

Rien à l'auscultation.

En arrière : les vibrations sont conservées sur toute la hauteur.

La percussion montre une sonorité normale à la partie supérieure, de la submatité au-dessous de l'angle de l'omoplate, enfin une matité complète à la base sur une hauteur peu considérable.

L'auscultation ne révèle rien de spécial dans la fosse sus-épineuse. Par contre la respiration est soufflante, surtout à l'expiration, au-dessous de l'épine de l'omoplate, avec un maximum au niveau de la ligne horizontale passant par l'angle du scapulum. Tout à fait à la base, atténuation notable du bruit respiratoire. Râles métalliques. Œgophonie et pectoriloquie aphone. En avant l'espace de Traube est conservé.

En somme, il y avait à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche en arrière, des symptômes donnant l'impression d'une cavité séparée de la paroi par une épaisseur notable de poumon, avec présence d'une petite collection liquide à la base.

Appareil circulatoire. — Le pouls est petit, à 100 pulsations.

Le cœur est en situation normale. Pas de bruits anormaux, mais arythmie non rythmée et tachycardie.

Cette accélération des battements persiste après une demi-heure

d'examen et ne doit donc pas être mise sur le compte de l'émotivité du malade.

Appareil digestif. — L'appétit est conservé : rien de spécial à noter.

Appareil urinaire. — Urines en quantité normale. Ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Une radioscopie est faite par M. le Dr Bécclère. Cette radioscopie montre au niveau des 7^e, 8^e et 9^e côtes gauches une zone plus sombre, à limites irrégulières, d'où partent des bandes sombres qui rayonnent dans presque tout le poumon et traduisent de la sclérose pulmonaire. On n'a donc plus ici l'ombre arrondie de la lésion en activité, mais une ombre révélant une lésion ancienne. Etant donné ces signes, M. Bécclère pense que le kyste est en voie de guérison spontanée et qu'on aura beaucoup de difficultés à l'intervention pour arriver sur le foyer primitif.

Pendant les 4 jours durant lesquels le malade est resté en observation à la maison de santé, avant l'intervention, la température axillaire reste à 37° et au-dessous, le malade tousse beaucoup, le pouls est très irrégulier et intermittent. Aussi les deux jours avant l'opération on donne au malade 5 centigrammes de spartéine et 1/2 milligramme de strychnine.

Opération. — L'opération est pratiquée le 13 avril 1907 à 11 heures du matin par M. Gosset.

On repère les 7^e, 8^e et 9^e côtes, et on trace au bistouri un lambeau musculo-cutané à convexité inférieure, répondant à cette partie de la cage thoracique, entre le bord spinal de l'omoplate gauche et la ligne épineuse.

Hémostase des plans superficiels.

Résection des trois côtes sur une longueur de 6 centimètres.

Incision du plan intercostal et hémostase.

La plèvre pariétale et la plèvre viscérale sont partout adhérentes : en aucun point on ne peut déterminer la production de pneumothorax.

Le poumon est sous les yeux, respirant au contact de la main sans aucun degré d'affaissement. Il est congestionné, dur, mais cependant assez friable.

L'aiguille de l'appareil Potain, enfoncée en plusieurs points et suivant

diverses incidences, ne décèle aucune cavité apparente et l'aspiration ne ramène aucun liquide.

Par contre la plaie pulmonaire saigne abondamment. Et le malade rend par le nez du sang en abondance mêlé à des débris pulmonaires correspondant à des parcelles détachées au moment de l'exploration avec le doigt. Il a été fait en effet au poumon avec le bistouri une incision de 1 centimètre $1/2$ de profondeur qui n'a donné aucun résultat.

La symphyse pleurale qui paraît totale, la profondeur à laquelle siège peut-être le kyste, la durée de l'intervention, l'absence de tout guide direct pour conduire sur le foyer autorisent à arrêter là l'opération. Hémostase soigneuse. Réfection du plan musculaire profond. Suture de la peau à la soie fine. Une mèche de gaze est laissée en place à cause du suintement sanguin.

Durée : 42 minutes.

Quantité de chloroforme : 28 centimètres cubes.

Le malade, qui était un peu congestionné au cours de l'opération, respire maintenant d'une façon normale. Il est transporté aussitôt dans sa chambre.

Suites opératoires. — 13 avril. — Le soir de l'opération, la température est à $37^{\circ}4$. Le malade a eu de l'huile camphrée et 300 grammes de sérum.

14. — Matin : T. $37^{\circ}8$. Le pouls reste intermittent. L'expectoration contient beaucoup de sang. On change les compresses du pansement.

Soir : T. $38^{\circ}4$.

15. — Matin : 37° . L'expectoration est moins sanglante.

Soir : T. $37^{\circ}7$. On fait au malade de l'huile camphrée, de la spartéine et de la strychnine.

16. — Matin : T. $36^{\circ}8$ Pansement : ablation d'une partie de la mèche. Dans la journée : spartéine, strychnine.

Soir : T. $37^{\circ}6$.

17. — Matin : T. 37° Pansement : on enlève les mèches et on les remplace par un drain n° 20. La toux est très diminuée. Dans la journée le malade est autorisé à se lever pendant une heure et demie.

18. — La température reste à partir de ce moment au voisinage de 37° . Pansement : écoulement abondant de sérosité purulente. La toux et l'expectoration ont un peu augmenté.

19. — Huile camphrée, spartéine, strychnine. Pansement : écoulement moins abondant.

20. — Pansement. Huile, spartéine, strychnine.

21. — Le drain est raccourci.

22. — Ablation des fils et du drain.

24. — Le malade fait sa première sortie à pied. A partir de ce jour on donne une potion à l'hyposulfite de soude. La plaie est touchée à la teinture d'iode.

30. — Le malade quitte la maison de santé et retourne chez lui en province. L'état général est bon. Pas de dyspnée : R. 18. Pas de douleurs thoraciques. Expectoration muco-purulente très diminuée. La respiration s'entend sur toute la hauteur du poumon gauche avec souffle : résonnance de la voix au niveau de la région opérée. Le poulx est fort, bondissant, très émotif.

Nous avons eu à plusieurs reprises des nouvelles du malade envoyées par son médecin traitant.

5 juin. — « Le malade va de mieux en mieux, reprend toutes ses occupations, toute sa gaité et ne crache plus du tout. »

3 juillet. — « Le malade continue d'aller au point de vue général et local aussi bien que possible. »

10 décembre 1907. — « Etat des plus satisfaisants. Appétit excellent. Poids remonté de 68 à 98 kilos. Plus de toux. Sonorité parfaite à la percussion. L'auscultation révèle une respiration normale sans bruits surajoutés. Poulx moins irrégulier. »

Obs. IV (due à l'obligeance des D^{rs} RIST et GOSSET).

Kyste hydatique du poumon droit (lobe moyen).

Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans, venue consulter à l'hôpital Saint-Antoine pour des hémoptysies. On avait porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

L'examen radioscopique, pratiqué par le D^r Rist, montre en plein centre du poumon droit une ombre arrondie du volume des deux poings, avec un espace clair au-dessus, un espace clair au-dessous, entre l'ombre anormale et celle du kyste.

La recherche des anticorps spécifiques par la méthode de la déviation du complément est pratiquée par le D^r Rist et est positive.

Opération le 15 décembre 1909, faite à la maison de santé de la rue Bizet, en présence des D^{rs} Bécclère et Rist.

Opérateur : M. Gosset. Aide : M. Desmaret. Chloroforme : M. Boureau.

On fait un lambeau en U à concavité supérieure, sur la ligne scapulaire. Résection des 7^e, 8^e et 9^e côtes. On fait un pneumothorax progressif. La plèvre est ouverte ; il existe quelques adhérences fixant la partie supérieure du poumon ; le lobe inférieur est complètement libre. La cavité pleurale est soigneusement protégée par des compresses de gaze.

Ponction au niveau d'un point du poumon, plus saillant et moins vascularisé. L'aspiration donne un liquide clair. On peut saisir le poumon au niveau du kyste avec des pinces en cœur. Evacuation presque complète du kyste par aspiration, ce qui permet d'attirer la poche en grande partie au dehors.

Incision de la poche kystique sur 3 centimètres. A l'aide d'un verre on verse dans la cavité une certaine quantité de solution formolée, remplissant presque la poche. Puis le liquide est enlevé et la poche asséchée avec des compresses. On enlève en un seul tenant la membrane hydatique.

Marsupialisation. Drainage.

Le drain est enlevé au 8^e jour.

La malade sort guérie 4 semaines après.

Une radiographie faite 6 semaines après par le D^r Bécclère montre à la place du kyste une petite cavité du volume d'un petit œuf contenant un peu de liquide. L'état général est excellent.

Obs. V (due à l'obligeance des D^{rs} RIST et GOSSET). — *Kyste hydatique du poumon droit (lobe inférieur).*

Examen le 17 février 1910, Mme S..., âgée de 24 ans.

Bien portante jusqu'à la maladie actuelle. Mariée depuis dix mois. Depuis un mois, elle se sent fatiguée. Depuis trois semaines elle a une perte complète de l'appétit, des vomissements alimentaires, des douleurs dans le côté droit de la poitrine, et des accès de toux qui réveillent ces

douleurs. Elle crache peu, et l'expectoration, d'après ce qu'elle raconte, paraît être muqueuse. Pas de fièvre. Amaigrissement notable.

Matité absolue de la moitié inférieure de l'hémithorax droit, à partir du niveau de la 7^e vertèbre dorsale. La limite supérieure de cette matité est très nette et de trajet à peu près horizontal. Sur toute l'étendue de la zone mate, le murmure vésiculaire est affaibli. Pas de bruits surajoutés.

A l'écran radioscopique, on voit une ombre très noire, tenant toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Sa limite supérieure est bien nette, légèrement convexe en haut. Sa limite inférieure se confond avec l'obscurité hépatique. L'hémithorax droit est peu mobile dans les mouvements respiratoires. On a l'impression que l'ombre anormale est sus-diaphragmatique.

La limite inférieure du foie n'est pas abaissée. Le rein droit est mobile.

Examen de sang, le 22 février 1910.

Globules rouges.	3 380 000
— blancs.	17.600
Hémoglobine (Gower).	82
Valeur globulaire	1,21
Polynucléaires neutrophiles.	88,5 0/0
Moyens mononucléaires	7,7
Grands mononucléaires	3
Lymphocytes.	0 5
Eosinophiles	0
Mastzellen	0

La recherche des anticorps spécifiques par la méthode de la déviation du complément a été faite par M. Parvu ; elle a été positive.

Opération le 25 février. — Opérateur : M. Gosset : Aide : Desmarests.

Le résultat de l'examen du sang n'avait pas, par erreur, encore été envoyé au moment de l'opération. Aussi décide-t-on de faire tout d'abord une ponction et si celle-ci est positive, d'endormir la malade et de faire séance tenante l'opération indiquée. — La peau de toute la partie inférieure du thorax à droite est aseptisée à la teinture d'iode et l'on pratique avec une fine aiguille de l'appareil Potain, sur la ligne scapulaire, au niveau du 7^e espace intercostal, une ponction aspiratrice. On tombe de suite

dans une collection liquide et on peut retirer facilement 200 grammes de liquide eau de roche. Immédiatement la malade est anesthésiée au chloroforme (D^r Boureau), puis couchée sur le côté gauche et, après avoir taillé un lambeau en U dont la concavité supérieure embrasse la pointe de l'omoplate, on résèque les 7^e et 8^e côtes sur une longueur de 4 centimètres. Puis on perfore la plèvre avec une sonde cannelée et on laisse entrer doucement et progressivement de l'air dans la plèvre.

La malade supporte bien le pneumothorax. On incise largement la plèvre, et la cavité pleurale dans toute la portion que l'on aperçoit, est libre d'adhérences. A la partie inférieure, occupant le lobe inférieur du poumon droit, se voit une masse du volume de deux forts poings, masse fluctuante au niveau de laquelle la substance pulmonaire paraît un peu indurée et légèrement blanchâtre. On ponctionne à ce niveau avec le trocart de Potain. On retire 800 grammes de liquide clair. On saisit la paroi du kyste avec des pinces en cœur et on amène ainsi le kyste déplissé, en partie au dehors. On ouvre alors au bistouri sur l'étendue de 3 centimètres la poche kystique sans être obligé de traverser de tissu pulmonaire. On assèche avec des compresses de gaze ce qui reste de liquide dans la poche. Il s'agit d'un kyste acéphalocyste et on peut enlever en un seul tenant toute la membrane propre du kyste. Une fois la membrane propre enlevée, dans la profondeur de la poche fibreuse on retire avec de la gaze quelques grammes de liquide louche ayant une légère odeur.

Un drain n^o 40 est introduit dans la poche sur une longueur de 20 centimètres. La paroi kystique est fixée en dernier lieu par des points de catgut à la plèvre pariétale et aux muscles de la paroi. Suture de la peau aux crins.

Suites simples. La malade, qui avait 38^e la veille de l'opération, a fait le lendemain de l'opération 39^e avec un pouls à 80 et au troisième jour était apyrétique et a pu se lever.

EXPLICATION DES RADIOGRAPHIES (1)

1. *Kyste hydatique du lobe supérieur du poumon droit (Suppuré et ouvert dans les bronches)*. Malade de l'observation II.

La radiographie est prise dans le décubitus dorsal, sur la plaque. On voit, au niveau des neuf premières côtes, une ombre arrondie, à contours nets. Son intensité est la même partout ; il semble à tort qu'il s'agisse d'un kyste non rompu.

2. Même malade. — Mais la radiographie est prise le thorax étant vertical, le sternum contre la plaque. On voit que la partie inférieure de l'ombre persiste, répondant au liquide, et terminée en haut par une ligne de niveau horizontale, parallèle aux côtes ; la partie supérieure est remplacée par un espace clair, répondant à l'air contenu dans le kyste. Il s'agit donc d'un kyste ouvert dans les bronches.

3. Même malade. — Même position, mais le thorax incliné à droite. La ligne de niveau du liquide reste horizontale malgré l'inclinaison du tronc, et croise maintenant en X les côtes.

4. Même malade. — Même position, mais le thorax incliné légèrement à gauche. La limite supérieure de l'ombre reste horizontale, mais oblique en sens inverse par rapport aux côtes.

5. Même malade. — Même position, mais la radiographie est pratiquée un mois et demi environ après l'opération. L'ombre du kyste a disparu dans le poumon droit ; la transparence est seulement moins grande qu'à gauche, en raison d'ombres irrégulières, dues à la formation de tissu cicatriciel.

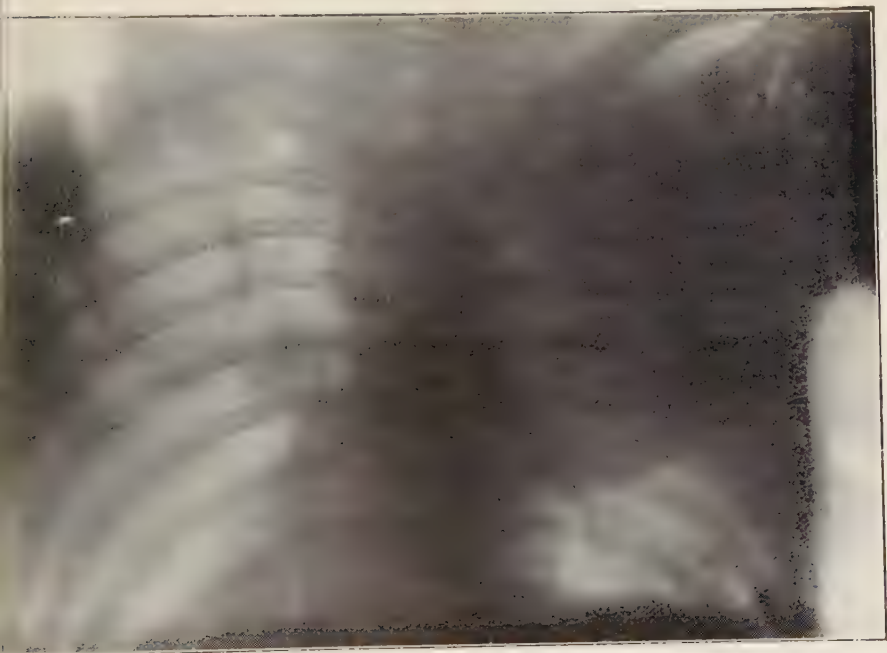
(1) Nous tenons à remercier M. le Dr Bécélère, qui a bien voulu nous autoriser à publier ces radiographies, faites par lui.

6. *Kyste hydatique non rompu du poumon gauche* (BÉCLÈRE, WALTHER. Voir n° 57 de nos tableaux).

« La clarté du champ pulmonaire gauche est remplacée de haut en bas à partir du sommet, par une opacité anormale d'une teinte uniforme et très sombre, tandis que, sur la clarté normale du champ pulmonaire droit se détache une notable portion de l'ombre cardiaque, débordant dans une très grande étendue le bord droit de l'ombre médiane... L'opacité anormale est très distinctement séparée de l'ombre diaphragmatique par une bande claire transversale, haute de deux travers de doigt environ qui correspond à la base du poumon gauche, et surtout elle est très nettement limitée par un contour arrondi à convexité inférieure, aussi régulier et aussi précis que s'il avait été tracé au compas » (Béclère).

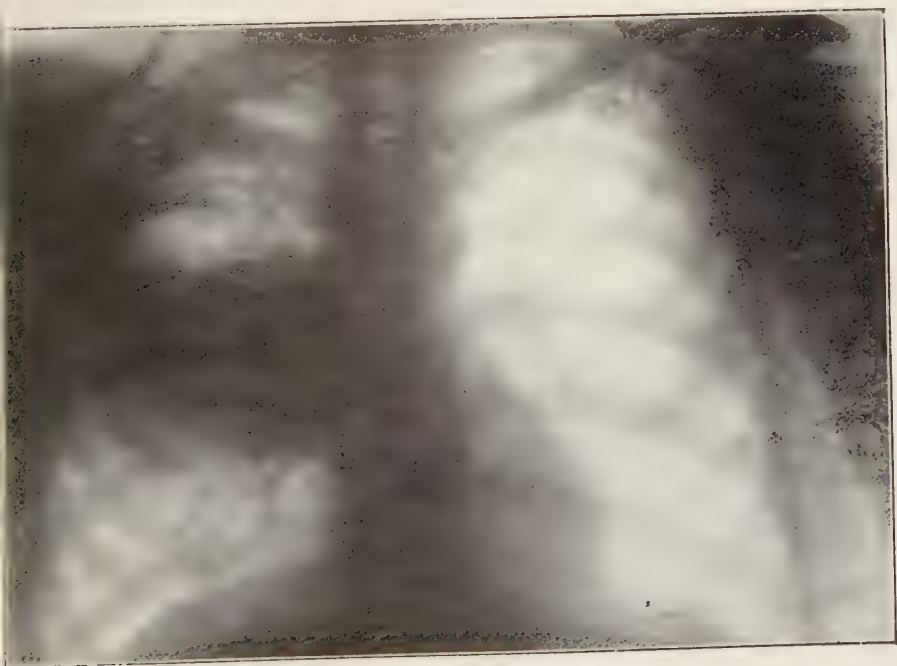
7. *Petit kyste hydatique de la base du poumon droit.*

Radiographie d'un malade envoyé au Dr Béclère, au commencement de 1907, « pour vérifier par l'examen radioscopique le soupçon de bacillose pulmonaire ». On voit une ombre arrondie et à contours nets.



D

FIG. 1



G

FIG. 2

G. STEINHEIL, ÉDITEUR



G

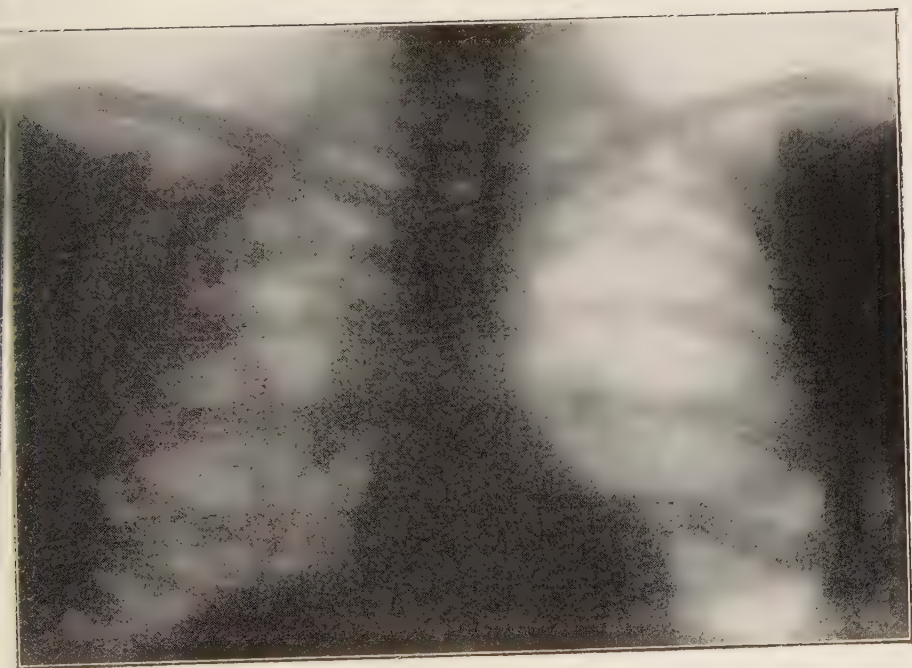
FIG. 3



G

FIG. 4

G. STEINHEIL, ÉDITEUR



G

FIG. 5



D

FIG. 6



D

FIG. 7

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

CONCLUSIONS

1° L'examen du thorax au moyen des rayons Röntgen donne, dans les cas de kystes hydatiques de la plèvre et du poumon, des renseignements très importants sur l'existence, le siège, le contenu, le stade évolutif et les complications de cette lésion. Il a été souvent le seul signe permettant le diagnostic exact. Il devra donc être pratiqué de parti-pris chez tout malade présentant une affection thoracique chronique.

Cet examen devra comprendre d'abord une radioscopie, puis une radiographie, le malade ayant le thorax vertical dans le fauteuil du Dr Bécclère.

2° Le traitement purement médical, donnant 64 0/0 de mortalité, doit être absolument abandonné.

3° La ponction, évacuatrice ou même exploratrice, avec ou sans injection de liquide parasiticide, est une méthode dangereuse qui donne une mortalité au moins aussi grande que l'expectation pure. Elle ne doit donc jamais être employée dans les kystes échinococciques de l'appareil respiratoire.

4° Le traitement chirurgical par la thoracotomie et l'incision large est le seul indiqué. Il donne en effet les résultats brillants de 87 0/0 de guérisons et même 91, 80 0/0 dans les kystes non suppurés ; d'où la nécessité d'intervenir de bonne heure, aussitôt le diagnostic posé. La disparition de l'ombre kystique à la radioscopie et son remplacement par une tache plus petite d'où partent des bandes de sclérose est la seule contr'indication à l'opération, car elle témoigne d'un processus actif de guérison spontanée.

L'emploi des appareils à hyperpression ou hypopression des-

tinés à lutter contre le pneumothorax est théoriquement préférable, mais n'est cependant pas indispensable.

Les adhérences des feuillet pleuraux n'existent que dans moins de la moitié des cas, et le diagnostic en est impossible avant l'intervention.

La voie d'abord du kyste dépendra de son siège. Cependant la voie antéro-supérieure est surtout employée dans les kystes du lobe supérieur, la voie postéro-latérale inférieure dans ceux des lobes inférieur et moyen. La résection portera sur plusieurs côtes ; elle sera temporaire hors le cas de kystes suppurés de grandes dimensions.

La présence d'adhérences pleurales supprime les dangers du pneumothorax, mais est très gênante pour la recherche du kyste. Aussi dans le cas de plèvre libre, la technique de Delagenière sera employée et la plèvre explorée avant toute suture des feuillets pleuraux.

Le tissu pulmonaire sera incisé au bistouri jusqu'au kyste. Celui-ci sera ouvert largement, la membrane-mère et les vésicules-filles enlevées. La résection et à plus forte raison l'extirpation totale de la membrane adventice sont impossibles, hormis des cas exceptionnels.

On s'abstiendra de tout lavage de la poche. Celle ci sera marsupialisée et drainée, même dans les cas de kystes non suppurés. Le drainage aspiratif n'est possible qu'en dehors de toute communication bronchique.

Les complications opératoires les plus graves sont l'hémorragie et l'asphyxie par rupture dans les bronches. Dans les jours suivants, l'urticaire est souvent noté. On aura à tenir compte ultérieurement de la persistance possible d'une fistule ou de déformations plus ou moins graves du thorax dans le cas de kystes volumineux.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie comprend les travaux intéressant les kystes hydatiques de la plèvre et du poumon parus depuis 1875. — Pour les travaux antérieurs, nous renvoyons à la bibliographie très complète de la thèse de Hearn (Paris, 1875).

1875

- Bird.** — *Austral. med. journ.*, 1875, p. 304.
Blair. — *Austral. med. journ.*, 1875, p. 144.
Hearn. — *Des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon.* Th. de Paris, 1875.
Huppert. — *Echinococcus pulmonum.* Inaug. Diss. Iéna, 1875.
Liouville et Strauss. — *Gazette méd. de Paris*, 1875.
Reeves. — *Heart diseases. Austral.*, 1875.

1876

- Caussanel.** — *Alger médical*, 1876, p. 135.
Fræntzel. — *Charité Annalen*, 1876.
Landau. — *Echinococcus pleuræ. Zeitschr. für Gynäk.*, 1876, p. 221.

1877

- Bird.** — *Hydatids of lungs.* Melbourne, 1877. — *Medical Times and Gazette*, 1877.
Davaine. — *Traité des entozoaires*, 2^e éd. Paris, 1877.
Davies Thomas. — *Medical Times and Gaz.* London, 1877.
Neisser. — *Die Echinokokkenkrankheit.* Berlin, 1877.
Tœplitz. — *Echinocoque du poumon chez un enfant de 5 ans. Berliner klin. Woch.*, 1877, n^o 24, p. 340.

1878

- Broadbent.** — *On a case of hydatids of right lung simulating pneumothorax. The Lancet*, 1878.
Cesbron. — *Montpellier médical*, 1878.

1879

Davies Thomas. — *The Lancet*, 1879.

Delgrange. — *De l'expectoration dans les kystes hydatiques et spécialement dans les kystes pulmonaires*. Th. de Paris, 1879.

Poore. — *The Lancet*, 1879.

1880

Barbulée. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.* Paris, 1880, p. 50.

Letulle. — *Dict. Jaccoud*, 1880, art. Poumon.

Sorrel. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.* Paris, 1880, p. 520.

1881

Allen. — *Austral. med. journ.*, 1881, p. 198.

Arnault. — *Bulletin médical du Nord*, 1881.

Baily. — *Proceedings of S. A. Branch of the British med. Association*, 29 juillet 1881.

Boyd. — On two cases of intrathoracic suppurating hydatid treated by incision and extraction of the cyst. *Austral. med. journ.*, 1881, p. 171.

Davies Thomas. — *Medical Times and Gazette*, 1881, p. 64 et 236. — *Austral. med. journ.*, 1881, p. 1 et 49.

Fenger et Hollister. — *American journal of the med. Sciences*, 1881, p. 371.

Von Lesser. — Linkseitiger peripleuritischer Echinokokkus mit retro-mammären Durchbruch. *Deutsche medic. Wochensch.*, 1881, p. 3.

Robertson. — *Austral. med. journ.*, 1881, p. 179.

Williams. — *Austral. med. journ.*, 1881, p. 267.

1882

Breitkoff. — *Ueber die operative Behandlung eines Lungenechinokokkus*. Inaug. Diss. Greifswald, 1882.

Bruce. — *The practitioner*, 1882, t. II, p. 268.

Buquoy. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, juin 1882.

Frederici. — *Rivista clinica*. Bologna, 1882.

Gibier et Cornil. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1882.

Gutierrez. — *Hydatides del pulm.* Th. de Buenos-Aires, 1882.

Lehmann. — *Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre*. Th. de Paris, 1882.

Smith. — A case of hydatids of the lung. *Canada medical and surgical journal*, 1882, p. 195-197.

Walske. — *Progrès médical*, 1882.

Williams. — *Austral. med. journ.*, 1882, p. 466.

1883

- Brugnon. — *Giornal per server. a progress. del pathol. e del therap.*, 1883.
 Derignac. — *Progrès médical*, 1883, p. 507.
 Hartwig. — Th. de Halle, 1883.
 Isaiah de Zouche. — *Austral. med. journ.*, 1883, p. 9.
 Landouzy (Voir DERIGNAC). — *Progrès médical*, 1883, p. 507.
 Mosler et Vogt. — *Berlin. klin. Woch.*, 1883, p. 601.
 Pillot. — Kyste hydatique du foie, de l'ovaire et du poumon. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 424.

1884

- Babington. — *Guy's Hospital Rep.*, 1884.
 Bird. — *Austral. med. journ.*, 1884.
 Chachereau. — Thèse de Paris, 1884.
 Cornil et Gibier. — *Progrès médical*, 5 avril 1884.
 Groom. — Hydatid. cyst. of right pleura : evacuation. *The Lancet*, 1884, t. I, p. 846.
 Gunnings. — *Austral. med. journ.*, 1884.
 Jenkins. — *Austral. med. gaz. Sydney*, 1884.
 Limperopoulo. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1884
 Otto. — *St-Petersburger Woch.*, 1884, n° 11.
 Schields. — *Austral. med. journ.*, 1884, p. 360.
 Vasco et Thomas. — *Adélaïde Hosp.*, 1884.

1885

- Cooke. — *Austral. med. journ.*, 1885, p. 165.
 Davies Thomas. — *British med. journ.*, octobre 1885, p. 817.
 Kidd. — *The Lancet*, 1885.
 Laveran. — *Archives de médecine militaire*, 1885, p. 33.
 Madelung. — *Beitrag Mecklenburgischer Aertze zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit*. Stuttgart, 1885.
 Di Renzi. — *Riv. clin. e terapeut.*, 1885.
 Sée. — *Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*. Paris, 1885.
 Way. — *Adélaïde Hosp.*, 1885.

1886

- Bouilly. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1886.
 Israël. — XV^e Congrès allemand. In *Deutsche med. Woch.*, 1886.
 Léonard et Proust. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1886, p. 288.
 Moreau. — *Alger médical*, 1886, p. 256.
 Truc. — *Revue de Médecine*, 1886.

- Varnier et Duguet.** — Kyste hydatique du poumon gauche. Ponction. Mort. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1886, p. 377.
Way. — *Adélaïde Hosp.*, 1886,

1887

- Albert.** — Th. de Paris, 1887.
Hanoun. — *Alger médical*, 1887, p. 348.
Hochsinger. — *Wien. medic. Blatt.*, 1887.
Patella. — *Riv. clinica*, Bologna, 1887.

1888

- Alkinson Vood.** — *Austral. med. j.ourn.*, 1888, p. 355
Bard et Chabannes. — Contribution à l'étude clinique des kystes hydatiques du poumon. *Revue de médecine*, 1888, p. 177.
Davies Thomas. — *Austral. med. gaz.*, mai 1888.
Méry et Rieffel. — Kyste hydatique du poumon. Empyème. Autopsie. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1888, p. 289.
Rosenthal. — *Ueber den Echinokokkus der Muskeln*. In. Diss. Berlin, 1888.

1889

- Casabianca.** — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon et particulièrement de leur traitement. Th. de Paris, 1888-1889.
Concetti. — *Boll. della Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, 1889.
Davies Thomas. — *Austral. med. j.ourn.*, 1889, p. 305.
Gardner. — Congrès des médecins australiens, 1889.
Leclerc et Tillier. — *Lyon médical*, 8 septembre 1889.
Lereboullet. — *Dict. Dechambre*, art. Poumon.
Lorieux. — Des kystes hydatiques du poumon. Th. de Bordeaux, 1889.
Soupault. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1889.

1890

- Bristow.** — Fatal exploratory puncture of pudmonary hydatid. *The Lancet*, 20 décembre 1890, p. 1239.
Hoffmann. — *Soc. de méd. de Greifswald*, 1^{er} novembre 1890.
 — In *Mercredi médical*, 7 janvier 1891.
Küster. — *Berl. klin. Woch.*, 1890.
Maydl. — *Soc. imperio-royale de méd. de Vienne*, décembre 1890.
Revillod. — *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1890, p. 554.
Sidney Philipps. — *Soc. clin. de Londres*, décembre 1890.

1891

- Colley.** — *Münch. medic. Wochen.*, 1891.

- Duffey.** — *Dublin Journ. of med. Sc.*, avril 1891, p. 282.
Heydenreich. — Traitement des kystes hydatiques de la plèvre et des organes qui l'avoisinent. *Semaine médicale*, 1891, p. 449.
Marconnet. — Observation d'un kyste hydatique du poumon. *Progrès médical*, 27 juin et 4 juillet 1891.
Maydl. — *Ueber Echinokokkus der Pleura und die vortäuschenden Localisationen der Echinokokkenkrankheit*. Wien, 1891.
Pardey. — *Austral. med. journ.*, 1891, p. 379.
Poulalion. — *Des pierres du poumon*. Th. de Paris, 1891.

1892.

- Bouilly (Voir NETTER).** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg. de Paris*, 1892.
Braquehaye. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1^{er} juillet 1892.
Delbet. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892, p. 474.
Ferrari. — *Neumotorax por quiste hidatidico del pulmon*. Th. de Buenos-Aires, 1892.
Laveran. — *Medecine moderne*, 4 février 1892, n° 5.
Mackensie (Hector). — *Semaine médicale*, 1892, n° 18, p. 138.
Maunsell. — *Soc. clin. de Londres*, 1892.
Netter (Voir BOUILLY, même obs.). — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892, p. 613-619.
Ollier de Vergèze. — *Les kystes primitifs de la plèvre*. Th. de Lyon, 1892.
Ord et Robinson. — *Bulletin médical*, 1892, p. 125.
Portes. — *Lyon médical*, 15 mai 1892.
Richerolle. — Th. de Paris, 1892.
Winzerling. — *Ein Beitrag zur Casuistik der primären Pleura-echinokokkus*. Inaug. Diss. Iena, 1892.

1893

- Berger.** — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, juin 1893.
Bezou. — *Sur les kystes hydatiques du poumon*. Th. de Paris, 1893.
Delagenière. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, juin 1893.
Mirailié. — Kystes hydatiques du poumon. *Gaz. des hôp.*, 1893, p. 105-114.
Reboul. — Kyste multiloculaire primitif de la plèvre droite. *Gaz. des hôp.*, 16 novembre 1893.
Touchard et Marie. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 26 mai 1893.

1894

- Ascoli.** — *La Riforma Medica*. Naples, 1894, p. 729.
Gardner. — *Austral. med. journ.*, 1894, p. 357.
Mosler et Peiper. — *Thierische Parasiten*. Vienne, 1894.
Pagenstecher. — *Medical Press*, 17 septembre 1894.

Todd. — *Intercolon. med. journ.*, 1894, p. 259.

Vespa. — Un caso di echinococco del pulmone. *Riforma Medica*, 1894, II, p. 729.

1895

Behr. — *Des kystes hydatiques du poumon*. Th. de Paris, 1894-1895.

Bourlier. — *Bull. méd. de l'Algérie*, février 1895.

Sydney Coupland. — *The Lancet*, 21 septembre 1895, p. 713.

Llobet. — Quistes hidaticos (cerebro y pulmon). *Semana Medica Argentina*, 1895, p. 46; 1896, p. 205.

Rebère. — *Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre*. Th. de Paris, 1894-1895.

Reclus. — Rapport sur la chirurgie pulmonaire. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1895.

Thomas (E.). — *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895, p. 337.

Troquart. — *Congrès de Bordeaux*, août 1895, ou *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895, p. 125.

1896

De Gorsse. — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1896, p. 346.

Luff. — *The Lancet*, 26 avril 1896, p. 1134.

Lunin. — Ein Fall von Lungenechinokokkus. *Zentralblatt f. innere Med.*, Bd. 38.

Pasca. — *Bull. del Soc. Lancis. deg. Osped. di Roma*, 1896, II, p. 84.

Tuffier. — *Congrès de chirurgie*, 1895. — *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 1247.

Vannini. — *Bulletino delle Scienze Mediche*. Bologne, 1896, p. 240.

1897

Clerc et Barié. — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 541-543.

Eberson. — Over echinococcus der Longen. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* Amsterdam, 1897, XXXIII, p. 331-345.

Géraud et Remlinger. — Sur le diagnostic des kystes hydatiques du poumon. *Bulletin médical*. Paris, 1897, p. 845.

Guérin. — *Arch. clin. de Bordeaux*, 1897.

Klehmet. — Ueber ein Fall von Echinokokkus des Herzmuskels und der Lungen. *Militärärztliche Zeitschrift*, 1897.

Nicodemi. — Sopra un caso di echinococco del pulmone. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1897, p. 1511-1516.

Péan. — *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1897.

Perchinunno. — Cisti di echinococco suppurato del polmone. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1897, p. 1423-1424.

Potherat. — *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1897.

Quénu. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1897.

- Rudaux.** — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 494.
Reid. — Two cases of hydat. cyst. in the lung. *Intercolon. med. journ.*, 1897, p. 608-611.

1898

- Baccelli.** — Cisti da echinococco del polmone sinistro. *Suppl. al Policlinico*. Rome, 1897-98, p. 1205-1207.
Barbagello. — Un caso di cisti da echinococco del polmone destro. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1898, n° 154.
Carl Beck. — *Journal of amer. med. Assoc.*, nov. 1898, p. 1238.
Codd. — *British med. journ.*, mai 1898, p. 1334.
Freyhan. — Ueber Pneumotomie. *Berliner Klinik*, 1898, n° 117.
Gillot. — *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 décembre 1898.
Graham et Wood. — *Intercolon. med. journ.*, 1898, p. 477.
Hinder (H. C.). — A fatal case of the lung. *Brit. med. journ.*, 1898, II, p. 1490.
Lipari. — Sopre tre casi di cisti d'echinococco del polmone. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1898, p. 1573.
Nigrisoli. — XII^e Congrès de la Société italienne de chirurgie. Turin, octobre 1898.
Orlandi. — Sull'echinococco della pleura. *Gaz. med. di Torino*, 1898, p. 501, 521, 565.
Penrose et Kellock. — A case of hydatid cyste of the lung. *Lancet*, 1898, II.
Piazza-Martini. — *Sugli echinococchi dei polmoni*. Palermo, 1898, in-8°.
Pitzorno. — Cisti da ochinococco nel polmone destro. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1898, p. 1379-1380.
Posadas. — *Toracoplastia temporaria*, etc., Thèse de Buenos-Aires, 1898.
Potherat. — Note sur un cas de kyste hydatique du poumon. *Bull. et mém. la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, p. 228.
Reid. — *Intercolon. med. journ. of Austral.*, 1898, p. 522.
Ritchie. — *Intercolon. med. journal of Austral.*, 1898, p. 603.
Stavrescu. — *Kyst hydatid pulmonar si tratamentul sau chirurgical*. Th. de Bucarest, 1898.
Steiner. — Vorstellung eines operativgeheilten Falles von doppelseitigen Lungenechinococcus mit Leberechinococcus. *Zentralblatt f. Chir.*, 1898, p. 23.
Wood. — Three cases of pulmonary hydatid. *Intercolon. med. journ. of Austral.*, 1898, p. 475-482.

1899

- Cranwell.** — Equinococcus della pleura. *Semana medica*, Buenos Aires, 1899.

- Gamgee. — A case of hydatid cyst. of the lung traited by incision and drainage. *The Lancet*, 1899.
- Garré. — *Korrespondenzblatt der allgemein. mecklenburgischen Aertzercreins*, juillet 1899, n° 104.
- Georgesco-Carpatiano. — *Kystes hydatiques primitifs de la plèvre*. Th. de Paris, 1899.
- Gross (H.). — Erfahrungen uher Pleura-und Lungenchirurgie. *Beitrage zur klin. Chir.* Tubingen, 1899, t. XXIV, p. 237-274 et 287-332.
- Lévy-Dorn. — *Berlin. klin. Woch.*, 1899, n° 20.
- Malbot. — Chirurgie du poumon dans les cavernes tuberculeuses, les pneumonies grises et les kystes hydatiques. *Arch. provinc. de chirurgie*, 1898, p. 707, 1899, p. 53 et 94.
- Pasquier. — *Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon*. Th. de Paris, 1899.
- Posadas. — Traitement des kystes hydatiques. *Rev. de chir.*, 1899, p. 374.
- Robinson. — Hydatid. cyst in upperlobe of right lung and liver successfully removed. *British med. journ.*, 1899, p. 663.

1900

- Antipas. — Kyste hydatique primitif de la plèvre. *Gaz. Med. d'Orient*. Constantinople, 1900, p. 362-364.
- Von Bokay. — *Jacobi's Festschrift*, 1900, p. 211.
- Cary and Lyon. — Primary echinococcus cyst. of the pleura. *Am. journ. of Med. Assoc.* Philadelphie, 1900, t. CXX, p. 402-413.
- Casear. — A case of hydatid primary affecting the lung. *The Lancet*, 1900, t. II, p. 1872-1875.
- Choline. — Un cas de kyste hydatique primitif de la cavité pleurale. *Khirurgia*. Moscou, 1900, t. VII, p. 335-339.
- Cruchet et Fauquet. — Kyste hydatique du poumon. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900, p. 111.
- Français (H.). — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 384.
- Halipré. — Kyste hydatique du poumon. *Normandie médicale*, 1900, p. 62.
- Loi (C.). — Cisti d'echinococco primitiva del polmone. *Riforma medica*. Palerme, 1900, t. III, p. 305.
- Palleri. — Un caso raro di echinococco del polmone. *Gazz. med. d. March.*, 1900, t. VIII, n° 5, p. 1.
- Parascandolo. — Le cisti idatidee del polmone. *Clin. med.* Pise, 1900, pp. 185-187, 193-197.
- Rénon (L.). — Kystes hydatiques multiloculaires alvéolaires de la plèvre et du poumon droit. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Paris*, 1900, p. 493-499.
- Sainton. — La ponction dans les kystes hydatiques du poumon. *Rev. de thérapeutique médico-chirurg.* Paris, 1900, p. 475-478.

Schreckhaase (E.). — *Ein Fall von Lungenechinococcus*. Th. de Greifswald, 1900.

Tschoschel. — *Zur Statistik der Echinokokkenkrankheit in Vorpommern*. Th. de Greifswald, 1900.

Zambra. — Algunos casos de pneumothorax per quiste hidatidico del pulmon. *Semana medica*. Buenos-Aires, 1900, p. 458-461.

1901

Auerbach. — Zur Diagnose des Lungenechinokokkus. *Deutsche Aertzeitung*, 1901.

Bleckmann. — *Ueber primanen Echinokokkus der Pleura*. Th. de Kiel, 1901.

Hauser. — Primarer Echinokokkus multilocularis der Pleura und der Lunge. *Festschrift f. Luitpold v. Bayern*. Erlangen, 1901, p. 94-116.

Josias. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre gauche. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1901, p. 436-441.

Memmi. — *Rivista clin. di critica med.*, 1901, n° 14.

De Nicola. — Contributo alla cura chirurgica delle cisti de echinococco. *Clin. chirurg.* Milan, 1901, t. I, p. 773-788.

Pel. — *Berlin. klin. Woch.*, 1901, n° 34.

Scarrone. — Considerazioni intorno ad alcuni rari casi di cisti da echinococco. *Gazz. degli Osped.* Milan, 1901, n° 99.

Vegas et Cranwell. — *Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina*. Buenos-Aires, 1901.

1902

Cassuto. — Sur un cas de kyste hydatique du poumon. *Bulletin des hôp. civils français de Tunis*, 1902, p. 117-123.

Commandini. — Sopra un caso di echinococco primitivo del polmone destro. *Gazz. degli Osped.* Milan, 1902, p. 788-790.

Dieulafoy. — Les hémoptysies dans les kystes hydatiques du poumon. *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. IV, 1901-1902, p. 328.

Garré und Sultan. — Kritischer Bericht uber 20 Lungenoperationen. *Beitrag zur klin. Chir.* Tubingen, 1902, t. XXXII, p. 492-531.

Giarré. — Un caso di cisti voluminosa da echinococco del polmone destro. *Riv. crit. di clin. med.* Firenze, 1902, t. III, p. 6.

Grant. — Two cases of hydatid of the lung. *Intercolon. med. journ. of Austral.*, 1902, p. 529-531.

A. Morri. — Contributo alla statistica delle localizzazioni rare delle cisti da echinococco. *Gazz. deg. Osped.*, 1902, n° 51.

Olmechenko. — Echinococcus unilocularis pulmon. sin. et hepatis. *Uyazd. voyenn. hosp.*, 1902.

Stephanesco Sache. — Kyste hydatique du poumon et du foie. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, 1902, p. 127-129.

Whitelocke. — Case of hydatid cyst in the right pleura. *British med. journ.*, 1902.

1903

- Alberti.** — *Rivista sud-americana de ciencias medicinas*, 1903, n° 11.
Alsina. — Quistes hydatídicos del pulmon. *Semana medica*. Buenos-Aires, 1903, p. 632-645.
Béclère. — Un cas de kyste hydatique du poumon gauche. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1903, p. 763-767.
J. Busch. — Lungenembolien durch Echinococcusblasen. *Th. de Greifswald*, 1903.
Froben. — Ein Fall von Lungenechinococcus. *St-Petersb. med. Wochenschr.*, 1903, p. 94.
Garnier. — Kyste hydatique rompu dans les bronches. *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1903, p. 497-500.
Hayward. — Pneumothorax due to pulmonary hydatid. *Austral. Med. Gaz.*, Sydney, 1903, p. 505.
Lamas. — Sobre un caso de quiste hidatídico del pulmon. *Rev. med. del Uruguay*, 1903, p. 32.
Leblanc. — Trois cas de kystes hydatiques du poumon. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1903, p. 310-314.
Lemaire. — De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de plèvre en Algérie. *Th. de Paris*, 1903.
Pinard. — Kyste hydatique du poumon. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1903, p. 523-525.
Potherat. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1903, p. 865-867.
Squirre. — A caso of hydatid disease of the lung. *Lancet*, 1903, t. II, p. 387.
Walther. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1903, p. 857.
Widal et Froin. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 juillet 1903.

1904

- Boucabeille.** — Kyste hydatique suppuré du poumon. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1904, p. 218-223.
Cassaet, Eyquem et Bergonié. — Kyste hydatique du poumon. *Gaz. hebdomadaire des sciences de Bordeaux*, 1904, p. 248.
Courtin. — *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1904, p. 248.
Devé. — Ensemenement intra-trachéal de sable échinococcique. *Compte rendu de la Soc. de biologie de Paris*, 1904, p. 136-138.
Giannetasio. — Echinococco primitivo del polmone sinistro. *Gazz. deg. Osped.* Milan, 1904, p. 742-744.
Launois et Mauban. — Kystes hydatiques du poumon. *Arch. génér. de méd.*, 1904, p. 1243.

- Lorrând.** — Beiträge zur Kenntniss der pleuralen Echinokokkus. *Ungar Med. Presse.* Budapest, 1904, p. 342.
- Muir.** — Some aspects of hydatid disease involving the lung. *Indian med. Recor.* Calcutta, 1904, n° 18, p. 9-11.
- Ramson and Willis.** — Case of hydatid of the Pleura. *Anal. in Deutsche Med. Woch.*, 1903.
- Santucci.** — Cisti d'echinococco primitiva del polmone destro. *Gazz. deg. Osped.*, 1904, p. 1573-1575.

1905

- Cantlie (J.).** — Deepseated hydatid in the lung. *Journ. of trop. med.*, 1905, p. 49.
- Gullan.** — Hydatid diseases of the lung. *Liverpool med. chir. journ.*, 1905, p. 308-312.
- Gurlee.** — A case of echinococcus disease of the heart and lungs. *Illinois med. journ.*, Springfield, 1905, p. 85-88.
- Lambrior.** — Kyste hydatique du lobe supérieur du poumon droit. *Bull. de la Soc. de méd. et d'hist. nat. de Jassey*, 1905, p. 194.
- Leonardi.** — Pneumotomia per cisti da echinococco del polmone sinistro. *Clin. Chir.*, Milan, 1905, p. 207-217.
- Manicatide et Galatescu.** — Chist hydatie al ficatului si al varfului pulmonului drept. *Spitalul.*, 1905, p. 185-197.
- Morquio.** — Quiste hidatidico del pulmon. *Rev. med. del Uruguay*, 1905, p. 121-127.
- Nanu.** — Kyst hydatie al lobului inferior al plamanului drept. *Spitalul*, Bucarest, 1905, p. 295-298.
- Popescu.** — Kyst hydatie pulmonar. *Spitalul*, 1905, p. 550-552.
- Potherat** — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, p. 1149.
- Raybaud.** — Kyste hydatique du poumon. *Marseille médical*, 1905, p. 724.
- Stephanesco Sache.** — Kyste hydatique du poumon. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, 1905, p. 152.
- Taptas.** — Kyste hydatique du poumon gauche opéré. *Gaz. méd. d'Orient*, Constantinople, 1904-1905, p. 87.
- Tuffier.** — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, p. 995.

1906

- Bindi.** — Cisti da echinococco primitivo del polmone sinistro. *Gazz. deg. Osped.*, Milan, 1906, p. 1202-1205.
- Dévé.** — *Revista de la Soc. med. Argentina*, 1906.
- Frangenheim.** — Die chirurgischwichtigen Lokalisationen des Echinococcus. *Volkman's Sammlung klin. Vorträge.* Nouvelle série, n°s 419-420. — *Chirurgie*, n°s 116-117, mai 1906.

- Gaillard.** — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 décembre 1906.
- Jeunet.** — Kyste hydatique du poumon. *Revue médicale*. 1906, p. 584.
- Jonnesco.** — Kyste hydatique du poumon. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, 1905-1906, p. 138.
- Launay.** — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 13 juillet 1906.
- Potherat.** — *Ibid.*, 13 juillet.
- Tuffier.** — *Ibid.*, 13 juillet.
- Van Stockum.** — Ein geval van echinococcus van de Long. *Nedert. Tijdschr. voor Geneesk.*, Amsterdam, 1906, p. 737-750.
- Wadsack.** — Ein solitärer Echinokokk. der linken Lunge. *Berl. klin. Woch.*, 1906, p. 1097-1100.

1907

- Ameuille.** — Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1906, p. 495.
- Becker (A.).** — Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg. *Beitrage z. klin. Chir.* Tübingen, 1907, Bd. 56, H. 1, p. 1-184.
- Bindi.** — Un nuovo caso di echinococco pulmonare. *Gazz. deg. Osp.* Milan, 1907, p. 312-315.
- Dévé.** — Echinococcose primitive expérimentale. *Bull. de la Soc. de biologie*, 1907, p. 303-305.
- Fleig et Lisbonne.** — Recherches sur un sérodiagnostic du kyste hydatique. *C.-R. de la Soc. de Biologie*, 1907, n° 23, p. 1198-2000.
- Mlle Giry.** — Kyste hydatique du poumon. *Société de Pédiatrie*, 17 décembre 1907.
- Gosset.** — *Bulletin médical*, 1907, p. 379-382.
- Herczel.** — *Pest. med. chir. Presse*. Budapest, 1907, p. 1133.
- Küss.** — *B. et M. de la Soc. Anat.*, Juin 1907, p. 494-499.
- O'Reilly.** — Interesting cases of hydatid diseases of lung. *Sout. African med. Rec.* Cape-Town, 1907, p. 28.
- Rocaz.** — Kyste hydatique du poumon chez un enfant. *Gaz. hebdom. des Sc. med. de Bordeaux*, 1907, p. 79.
- Roncé.** — *Kystes hydatiques du poumon*. Th. de Paris, 10 avril 1907.
- Smith.** — A case of echinococcus cyst of lung and abdomen. *Boston med. journ.*, 1907, t. 156, p. 180.
- Stschegolew.** — Zur chirurgischen Behandlung der Lungenechinokokkus. *Zentralblatt f. Chir.*, 1907, n° 7.
- Vautrin.** — *Congrès de chirurgie*. Paris, 1907. — *Revue méd. de l'Est*, 1907, p. 554

1908

- Arce (J.).** — L'opération de Posadas dans le traitement des kystes hydati-

- ques. Résultats tardifs. *Rev. de la Soc. méd. Argentina*, 1908, t. XVI, p. 527.
- Devé. — Echinococcose primitive expérimentale. *Société de Biologie*, 1908.
- Gautier. — Un cas de kyste hydatique du poumon droit. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1908, n° 2, 20 février, p. 140-144.
- Halperin. — Un cas d'échinocoque de la cavité pleurale. *Voenno. Meditsinsky journal*, janvier 1908, f. 221.
- Melechine et Charoïko. — Un cas de kyste hydatique du poumon. *Chirurgia*, 1908, t. XXIII, n° 133, p. 1 à 3.
- Morquio. — Les kystes hydatiques du poumon chez l'enfant. *Archives de médecine des enfants*, 10 octobre 1908, XV, p. 657-681.
- Nanu-Muscel. — Ein Fall von Echinococcuscyst des rechten unteren Lungenlappens. *Allgem. medicin. Central Zeitung*, 4 avril 1908, n° 14, p. 201.
- Piperno. — Echinocoque primitif suppuré du poumon gauche guéri spontanément. *Gazz. deg. Ospedali*, 5 janvier 1908, p. 19-21.
- Ribera Sans. — Kystes hydatique. *Il siglo Medico*, 16 mai 1908, 2840, p. 307-312.
- Verdelet. — 2 cas de kystes hydatiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 avril 1908, n° 17, p. 264.

1909

- Albertin et Barjon. — Kyste hydatique du poumon droit. Ablation. Guérison. *Société des Sc. méd. de Lyon*, 13 janvier 1909. — *Lyon médical*, 11 avril 1909, p. 763.
- *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 17 novembre 1909. — *Lyon médical*, 1910, p. 360.
- Bird. — Intervention pour kystes hydatiques du poumon et du foie. 77^e Congrès de l'Assoc. méd. britannique. *british med. journ.*, 2 octobre 1909, n° 2544.
- Escudero. — Introduction à l'étude des kystes hydatiques du poumon. *Argentina medica*, t. VIII, n° 39, 29 septembre 1909, p. 507-513 et n° 40, 2 octobre 1909, p. 539-546.
- Coexistence de kystes hydatiques et de tuberculose pulmonaire. *Argentina medica*, n° 45, 6 novembre 1909.
- Labbé (R.). — Kyste hydatique du poumon. *Soc. de pédiatrie*, 20 avril 1909.
- Michailoff. — Un cas de kyste hydatique primitif de la cavité pleurale. *Roussky Vrach*, t. VIII, n° 48, 28 novembre 1909.

Roume. — *Les kystes hydatiques du poumon.* Thèse de Montpellier, juillet 1909.

Schilling. — Tumeur kystique du poumon (kyste hydatique ?). *Munchen. med. Woch.*, 10 août 1909, p. 1664.

Vu :

Le Président de la thèse,
RECLUS.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Etiologie	11
CHAPITRE III. — Symptomatologie	13
CHAPITRE IV. — Diagnostic	14
Diagnostic par l'examen aux rayons Röntgen.	19
CHAPITRE V. — Traitement	29
§ 1. — Traitement médical	30
§ 2. — Traitement par la ponction	32
§ 3. — Traitement chirurgical	39
CHAPITRE VI. — Indications opératoires suivant les cas particuliers	41
CHAPITRE VII. — Manuel opératoire	46
§ 1. — Dispositions préliminaires	46
§ 2. — Traversée de la paroi thoracique	50
§ 3. — Traversée de la plèvre et exploration du poumon	54
§ 4. — Traversée du parenchyme pulmonaire.	60
§ 5. — Traitement du kyste proprement dit.	62
§ 6. — Traitement de la cavité laissée par l'ablation de la membrane-mère	64
§ 7. — Traitement de la plèvre et de la paroi thoracique.	67
§ 8. — Soins consécutifs	70
§ 9. — Complications opératoires	71
OBSERVATIONS	79
I. — <i>Kystes non suppurés traités par thoracotomie</i>	80

Guérisons	80
Résultats inconnus	93
Morts	94
II. — <i>Kystes suppurés traités par thoracotomie</i>	96
Guérisons	96
Résultats inconnus	114
Morts	115
III. — <i>Kystes dont l'état de suppuration n'est pas mentionné</i>	120
Guérisons	120
Résultats inconnus	126
Morts	127
RADIOGRAPHIES	149
CONCLUSIONS	151
BIBLIOGRAPHIE	153
Imp. J. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).	

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)